FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

PARIS (Raymond, Jean)

Né à Paris, le 25 juin 1901
Interne de l'Assistance Publique de Paris
Interne de l'Hôpital Saint-Joseph

La Rumination chez l'Homme

(MERYCISME)

Président de thèse : M. le Professeur FÉLIX LEJARS

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91
—
1926

LE DOYEN..... M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.
Id.	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
IRAMI.....	Pathologie médicale.
GLAVE.....	Pathologie chirurgic^{le}.
BERTIN.....	Pathologie médicale.
SSET.....	Pathologie chirurgic^{le}.
UDOUIN	Pathologie médicale.
NET.....	Physiologie.
ANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
ULÉ.....	Pathologie médicale.
DENAT.....	Pathologie chirurgic^{le}.
AMPY.....	Histologie.
IRAY.....	Pathologie médicale.
ERC.....	Pathologie médicale.
BRÉ.....	Hygiène.
de JONG..	Anatomie pathologique.
JVOIR.....	Médecine légale.
ALLE.....	Obstétrique.
ESSINGER.....	Pathologie médicale.
IX.....	Pathologie médicale.
RNIER.....	Pathologie expériment.
RVIER.....	Pathologie médicale.
ITZ-BOYER...	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE....	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie
LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic^{le}.
LE LORIER.....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgic^{le}
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic^{le}
MONDOR.....	Pathologie chirurgic^{le}
MOURE.....	Pathologie chirurgic^{le}
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils.....	Physiologie.
TANON.....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie
VILLARET.....	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
OUGEROT.....	Pathologie médicale.
UÉNIOT.....	Obstétrique

M.	
RETTERER.....	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL LAVASTINE..	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI.....	Clinique médicale.
LŒPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgica
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgica

CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique d l'adulte pour les accidentés du travail, les mut de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.....	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 decembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dan dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et q n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES PARENTS

AVANT-PROPOS

Je tiens à écrire dès les premières lignes de ce travail le nom de M. le Docteur Mac Auliffe. Si je ne suis pas qualifié pour faire l'éloge de ce chercheur infatigable dont les travaux éclairent d'un jour nouveau tout un côté de la médecine, cependant je peux dire quelle respectueuse affection m'attache à lui, quelle reconnaissance je lui dois.

Après avoir été pour moi, depuis mon enfance, le médecin qui guérit, il est, depuis que son exemple m'a attiré vers sa profession, le meilleur des maîtres, le conseiller le plus sûr. Je lui suis redevable, non seulement d'un enseignement que ses recherches et sa longue expérience rendent unique, mais encore de m'avoir évité ces tâtonnements et ces erreurs dans le choix des services hospitaliers qui peuvent être si préjudiciables à un jeune étudiant et retentir sur toute une carrière.

C'est à lui en particulier que je dois d'avoir été l'élève de M. le Professeur Lejars.

Il est peu de services où le Professeur s'occupe avec autant de soin que le maître de la Clinique de l'Hôpital Saint-Antoine de la première formation de ceux qui sont venus se confier à lui. En effet, à côté d'un enseignement médical proprement dit, que ceux

qui le connaissent croient aisément parfait, il s'efforce de leur donner personnellement la conception d'une médecine faite plus pour le malade que pour le médecin et la plus haute idée d'un art tout de dévouement, de charité et de conscience, que des tendances modernes, qui se reflettent dans certaines campagnes de presse et dans des œuvres théâtrales récentes, veulent placer au rang d'une simple profession commerciale.

Que M. le Professeur LEJARS, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, croie bien que je me souviendrai de l'exemple qu'il m'a donné au début de ma médecine et que ce sera, je l'espère, l'honneur de ma vie, d'y conformer mes actes.

Je prie MM. les Docteurs P. BROCQ, SICARD, CAPETTE, MATHIEU, LÉRI, LAUBRY, BENSAUDE et CAIN, dont je fus l'élève direct, d'agréer mes vifs sentiments de reconnaissance pour l'enseignement que j'ai reçu dans leur service et pour l'amabilité et l'indulgence avec laquelle ils ont guidé mes premiers pas.

J'ai trouvé, en des circonstances qui m'étaient particulièrement pénibles, auprès du Docteur MESLAY un réconfort qui à cette époque me fut précieux ; qu'il soit assuré ici de ma respectueuses gratitude.

Je remercie MM. les Docteurs SAVIGNAC, Marcel LABBÉ, DUBOIN, Gaston DURAND, DESTERNES, CHARLIER, Félix RAMOND, COMBY, des renseignements, autorisations, conseils, qu'ils m'ont donnés pour ce travail et que je n'aurais pu, sans eux, espérer mener à bien.

LE MERYCISME

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION — HISTORIQUE

Définition. — Les premières observations : Fabrice d'Aquapendente (1618), Bartholin, Peyer, Pipelet. *— Les auto-observations :* Cambay, *Prof.* Raphaël Blanchart. — *Le mérycisme des idiots et des fous :* Bourneville et Seglas. — *Le mécanisme :* Lemoine *et* Linossier. — *Le chimisme gastrique. — La Radio.*

On désigne sous le nom de mérycisme (de Μηρυχωμαι, je rumine) cette singulière perturbation des fonctions digestives qui consiste en la faculté ou l'obligation dévolue à quelques individus de ruminer les aliments ainsi que le font certains mammifères.

C'est à une époque, qu'on peut considérer comme

relativement tardive, si l'on considère que c'est peu d'années avant la première représentation du « *Cid* » qu'on trouve décrite l'observation princeps du mérycisme dans un livre paru à Padoue en 1618, de Gula, Ventriculo et Intestinis, et dont l'auteur était Fabrice d'Aquapendente.

Mais les sciences à cette époque étaient loin de la perfection des lettres et des arts. Bien que d'assez nombreuses observations suivirent rapidement la première publiée et bien que le nom de certains de leurs auteurs soit resté célèbre en médecine, ce n'est cependant pas là qu'il faut chercher des détails complets ou une discussion approfondie des faits observés.

C'est l'époque, en effet, où l'on décrit avec complaisance, tel Fabrice d'Aquapendente, le front cornu des mérycoles, raison qui semble à cet auteur nécessaire et suffisante pour expliquer la rumination, où l'on suppose, tel Bartholin, que le malade que l'on a observé a un estomac double, où l'on voit un nommé Shuring inférer gravement du mérycisme de son client qu'il est né de l'accouplement d'un homme et d'une vache, et enfin où l'on peut lire dans un long mémoire latin du célèbre Peyer qui, par ailleurs, a illustré son nom par une description des glandes intestinales, que la mère d'un de ses mérycoles avait été fort effrayée par un bœuf pendant le cours de sa grossesse, et que le père d'un autre était porteur au milieu du front d'une corne fort dure et grosse comme le petit doigt qui, sans doute, devait avoir fortement impressionné sa compagne, « à moins

même, dit-il, que la semence de cet homme ait quelque affinité avec celle des animaux à cornes » ???..

Il faut en venir à la thèse de PIPELET publiée en 1786 — « De vomituum diversis speciebus accuratius distinguendis » — pour trouver une discussion serrée des faits observés par lui-même et ses prédécesseurs ainsi que des hypothèses qui ne soient pas fantaisistes.

Dans les années qui suivent, les études sur le mérycisme restent encore peu fréquentes, les plus intéressantes d'entre elles étant celle de ROUBIEU en 1808, dans les *Annales de la Société de Médecine* de Montpellier, celle de PERCY et LAURENT dans le *Dictionnaire en 60 volumes des Sciences Médicales,* et surtout la thèse de CAMBAY soutenue à Paris en 1830, où il donne et discute sa propre observation.

A partir de cette époque, les travaux sur la question vont se multiplier, et dans tous les pays où les études médicales sont en honneur, des savants vont s'occuper de la Rumination chez l'homme.

C'est tout d'abord la période où l'on accumule les faits, celle où le Professeur Raphaël BLANCHART, dans le *Dictionnaire de Jaccoud,* décrit son propre cas, et où BOURNEVILLE et SEGLAS publient dans les *Archives de Neurologie* leurs études si remarquables sur la Rumination chez les idiots et les fous.

Mais l'on songe bientôt à expliquer les faits et l'on s'adresse au début surtout en Allemagne (SINGER et DECKER) à l'anatomie pathologique qui se révèle

rapidement tout à fait incapable de donner la clef du problème.

L'Anatomie pathologique n'ayant rien donné, on se tourne alors vers les recherches du chimisme gastrique, mais bientôt les travaux de Boas, Ewald, Singer, Mathieu, parmi beaucoup d'autres, montrent que le mérycisme ne correspond à aucune réaction spéciale du liquide gastrique et que les résultats sont variables suivant chaque sujet.

Dans le même temps, se placent les études de Lemoine et Linossier sur le mécanisme de cette affection.

Depuis cette époque l'histoire anecdotique du mérycisme se poursuit sans cesse, le nombre des observations s'est multiplié à tel point qu'il s'élève maintenant à plusieurs centaines, et dans ces dernières années l'utilisation des Rayons X a orienté les efforts des chercheurs vers un nouveau sillon. Ce sera une partie importante de notre travail de relater ces recherches et de les discuter à la lueur de quelques observations personnelles.

CHAPITRE II

> ..... diviser chacune des difficultés en autant de parcelles qu'il se pourrait et qu'il serait requis pour les mieux résoudre.
>
> DESCARTES. — *Discours sur la méthode.*

Mérycisme idiopathique. — Mérycisme des dyspeptiques, des aérophages, des fous, des idiots, des enfants. — Formes intermédiaires.

Le fait essentiel du mérycisme est qu'au bout d'un certain temps après les repas, les aliments remontent dans la bouche sans efforts et ordinairement sans nausées. Souvent ils y sont soumis à une nouvelle mastication, une nouvelle insalivation, avant d'être à nouveau déglutis, réalisant ainsi le cycle complet de la rumination animale.

Mais celle-ci, qui est un temps nécessaire de la digestion du ruminant, est invariable dans ses modalités, tandis que le mérycisme, comme tous les faits pathologiques, comprend des aspects innombrables.

Nous étudierons tout d'abord le mérycisme que

nous appelons *Idiopathique*. Les auteurs se sont efforcés de démembrer cette entité, mais il est bien certain qu'à l'heure actuelle il est encore nécessaire de la conserver, non seulement parce que dans l'insuffisance de nos connaissances il est un nombre de faits relativement considérable pour lesquels aucune étiologie sérieuse ne peut être invoquée, mais encore parce que ces faits sont justement les plus typiques, les plus complets de tous les cas de mérycisme, à tel point qu'un certain nombre de sujets utilisant leur infirmité comme profession, ont pu se produire sur les pistes des cirques et le plateau des théâtres, et réaliser avec leur estomac des attractions véritablement remarquables.

Nous opposerons à ce mérycisme idiopathique le mérycisme des dyspeptiques dont l'intérêt est considérable au point de vue du traitement, le mérycisme des aérophages et le mérycisme des fous et des idiots bien connu depuis les travaux de Bourneville et Seglas.

Nous avons cru nécessaire de décrire dans un chapitre spécial les faits nombreux de rumination observés chez l'enfant. Tout d'abord, parce que la plupart du temps ils n'entreraient que difficilement dans les cadres que nous venons de citer, mais surtout parce que leur fréquence et leur pronostic tout particuliers en font une entité qu'il semble légitime d'isoler.

Il va sans dire que les compartiments que nous avons établis sont loin d'être étanches. Entre chacun d'eux existent des formes intermédiaires qui leur

servent de trait d'union. De même on peut en décrire entre le mérycisme et d'autres accidents, tels l'éructation, la régurgitation et même le pyrosis, rapprochements qui se justifient, non seulement par les observations d'ordre clinique, mais encore par l'étude du mécanisme de ces différentes affections.

CHAPITRE III

MERYCISME IDIOPATHIQUE

Nécessité de décrire un mérycisme idiopathique. — Importance du terrain. — Description du mérycisme type. — Ses variations. — Influence de la volonté et du psychisme. — Evolution : bénignité habituelle. Accidents causés par la suppression de l'affection.

Nous avons dit qu'il nous semblait nécessaire d'admettre jusqu'à nouvel ordre un tel chapitre, puisqu'il existe des observations en nombre relativement considérable qu'on ne peut rattacher valablement à aucune étiologie, et dans lesquelles on ne peut invoquer pour les malades qu'elles concernent ni troubles dyspeptiques ni troubles psychiques. Parmi ces observations, il nous faut signaler tout spécialement celle du Professeur Blanchart et de Cambay qui sont à ce point de vue particulièrement intéressantes.

***

Le début de l'affection a toujours lieu dans l'enfance et le malade ne s'en souvient presque jamais. Le plus souvent les parents eux-mêmes ne peuvent donner aucun renseignement utile : ils se sont un jour aperçus que leur fils ruminait et n'ont noté aucun autre détail. Quelquefois, ils rattachent l'affection à une fièvre éruptive, à une coqueluche, à une maladie infectieuse, à une peur, à une chute sur la tête sans qu'on sache au vrai l'importance qu'il convient de donner à ces facteurs.

Si aucune étiologie ne peut être retenue, cependant deux questions méritent d'attirer l'attention : celle de l'hérédité et celle du terrain.

L'hérédité est quelquefois des plus nette; cela est rare d'ailleurs dans le mérycisme idiopathique, tandis que c'est extrêmement fréquent, comme nous le verrons, chez les idiots et chez les fous.

Pour le terrain, il faut insister sur le fait que presque tous les malades répondent au tableau des neuro-arthritiques. Ce sont des hommes obèses, pléthoriques, séborrhéiques, qui ont tendance au rhumatisme chronique, aux eczémas, aux accidents cutanés. La goutte, le diabète, l'albuminurie ne sont pas rares (voir notamment les observations de Marcel Labbé et de Turmel). Le caractère est très souvent difficile avec des colères fréquentes, des crises de neurasthénie. Dans l'enfance, on a noté des troubles digestifs et des convulsions.

Tous ces signes ne sont naturellement pas retrouvés tous dans tous les cas, mais leur fréquence est très grande, et l'on pourrait sans doute l'affirmer mieux encore si les auteurs de toutes les observations que l'on possède s'étaient orientés vers leur recherche.

L'impossibilité de rapporter l'affection à une cause suffisante et ce terrain neuro-arthritique à peu près constant, ont fait considérer le mérycisme idiopathique par la plupart des auteurs comme une névrose. Cela semble bien être la seule explication qu'on puisse en donner (§ Pœnissen, Dumur, Dehio, Walter, Berger, Freybam, Lemoine et Linossier), mais la raison pour laquelle cette névrose se manifeste surtout par cette singulière perturbation digestive est totalement inconnue. On ne peut que bâtir des hypothèses, tel Turmel qui pense à un réflexe dont le point de départ serait la muqueuse stomacale qui chez de tels malades serait douée d'une susceptibilité particulière.

Quoi qu'il en soit, retenons l'importance que présente le terrain. Nous le retrouverons et auront à en traiter à chaque forme du mérycisme.

***

Le Mérycisme idiopathique est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme contrairement aux névroses habituelles dans lesquelles le sexe féminin est en général celui qui est le plus largement représenté.

Bien que les manifestations de cette affection paraissent très gênantes à une personne non prévenue, puisque pour la très grande majorité de ces sujets c'est en effet chaque jour et à tous les repas que la rumination se produit, nous verrons qu'en réalité ils n'en retirent habituellement aucun ennui. C'est presque toujours pour une maladie intercurrente et non pour leur mérycisme que ces malades viennent consulter.

***

Entre la prise d'aliments et le début du phénomène peut s'écouler un temps variable qui, chez les uns, peut être extrêmement court : « Après avoir mangé mon potage, dit l'un d'eux, je peux le ruminer avant que le bœuf soit entamé » qui, chez les autres, au contraire, peut être plus considérable : quelques minutes, un quart d'heure ou même plusieurs heures après la fin du repas. M. Blanchart note que sa rumination commence plus tôt s'il a mangé plus rapidement, et si après son repas il se livre immédiatement à un travail intellectuel.

Les mérycoles sont avertis du début soit par des sensations d'ordre digestif : sensation de tension à l'épigastre, de plénitude à l'estomac, voire même par des éructations, soit par quelque chose de particulier, souvent indescriptible, sorte d'aura mal définie que l'habitude leur fait interpréter.

Ainsi prévenus ils attendent immobiles, la tête projetée en avant, la langue collée sur le palais et

sans qu'ils aient à faire le moindre effort, le bol alimentaire remonte tout doucement dans la bouche, sans aucune violence, sans aucun bruit, sans qu'il soit possible de noter du côté de l'abdomen la moindre contraction.

Aucun de ces caractères n'est constant, surtout le dernier.

Tout d'abord, la première régurgitation peut être difficile et jusqu'à un certain point pénible, on peut alors voir le mérycole faire une inspiration pour abaisser son diaphragme, « il se produit une saillie dans la région épigastrique puis aussitôt après, si rapidement qu'on a de la peine à dissocier les deux mouvements, survient un affaissement de cette région, pendant que la bouche reçoit un bol alimentaire plus ou moins volumineux » (Lemoine et Linossier).

D'autre part, lorsque les aliments remontent, il peut se produire un bruit de gargouillement, fort désagréable pour le malade quand il se trouve en public.

Enfin, si le plus souvent les aliments remontent doucement, d'autres fois ils sont si violemment projetés dans la bouche que malgré la main qu'il tient devant ses lèvres fortement serrées, le mérycole ne peut éviter de voir s'échapper au dehors une quantité plus ou moins grande de la bouillie alimentaire.

***

D'une manière générale, une fois commencées, les régurgitations se répètent fréquemment. Au début

elles peuvent même se reproduire presque sans interruption et le malade est entièrement occupé à recevoir dans sa bouche des aliments, à les mâcher et à les déglutir de nouveau.

D'autres fois il existe entre chaque régurgitation un intervalle de quelques minutes qui devient plus long quand la rumination approche de sa fin. Alors le temps qui s'écoule entre l'ascension de chaque bouchée peut être d'une demi-heure et même davantage.

La durée totale de chaque séance est différente suivant les malades : elle peut se réduire à 15 ou 20 minutes; on a pu la voir se prolonger pendant 6 ou 7 heures.

***

Tout aliment contenu dans la cavité gastrique peut être ruminé : la longue étude de Cambay en est la preuve, mais là encore il y a des variations individuelles.

Il est des mérycoles (ce sont les plus rares d'ailleurs) qui ruminent toujours la totalité de leurs aliments et toute substance avant d'être digérée par l'estomac, doit subir un deuxième passage dans la cavité buccale. Ces aliments reparaissent parfois séparés les uns des autres, remontant suivant l'ordre dans lequel ils ont été ingérés, mais ce n'est pas l'ordinaire et à l'habitude chaque gorgée est formée d'un mélange de chacun d'eux.

Beaucoup plus souvent, le mérycisme est partiel ;

une partie du contenu stomacal plus ou moins importante, quelquefois un ou deux bols seulement sont ramenés dans la bouche, l'autre portion est digérée comme chez les individus normaux.

La partie qui remonte comprend ordinairement une fraction de chaque espèce d'aliments déglutis, parfois au contraire c'est une seule classe d'aliments, les viandes par exemple, ou bien les légumes, qui sont soumis à une deuxième mastication.

A vrai dire, les malades ruminent en général plus facilement les substances très aromatiques ou de digestion difficile (les graisses, le gibier, certains poissons, le porc, etc...), de même que les produits dont l'organisme ne peut tirer aucun profit : noyaux de cerises, pépins de fruits, tendons, aponévroses, etc...

Les liquides ne reviennent jamais que pendant le premier quart d'heure. Lorsque le mérycole semble ruminer tardivement des liquides, il mérycise en réalité des aliments solides dont la chimification est achevée. En effet, dans le début de la rumination, les aliments reviennent encore solides, et il se produit toujours avant la deuxième déglution une deuxième mastication, tandis qu'à la fin les substances reviennent sous l'aspect d'une pâte plus ou moins liquide, et les bouchées sont avalées immédiatement presque sans mastication ou même sans mastication du tout.

***

Considérée en elle-même la rumination est en

général indifférente au malade. Quelquefois, pourtant, elle lui est très agréable : M. Blanchart nous dit ne manger certains aliments que pour le plaisir qu'il aura plus tard à les ruminer; Fabrice d'Aquapendente, dans son observation princeps de mérycisme, écrit que le moine de Padoue qui en était atteint ruminait avec « volupté », et le Suédois cité par Windthier dit que sa rumination a la sensation du miel le plus doux.

Il est tout à fait exceptionnel, par ailleurs, que le phénomène soit accompagné de répugnance, puisque parmi toutes les observations on ne peut en relever qu'une dans laquelle le mérycisme causait du dégoût. Cependant presque tous les mérycoles avouent que si le début de la rumination est agréable, très souvent vers la fin les aliments prennent un goût acide qui leur est déplaisant.

***

Quelle est l'influence de la volonté sur un tel phénomène ?

Tantôt il y est entièrement soumis, c'est-à-dire qu'il est au pouvoir du malade de le provoquer, de l'accélérer; de le retarder, de le supprimer. Nous verrons à quel point les individus qui se sont exhibés dans les cirques ont su discipliner leur estomac pour lui faire exécuter à la minute qu'ils désirent et autant de fois qu'ils le veulent les exercices requis par leur profession.

D'autres fois, l'influence de la volonté est partielle,

c'est-à-dire qu'elle s'exerce seulement soit au profit de la provocation, soit à celui de la suppression de la rumination. Bien souvent les malades peuvent surmonter leur infirmité en public, mais quelquefois au prix de douleurs assez violentes. M. R. Blanchart peut seulement arrêter les aliments vers l'arrière-bouche et les faire refluer immédiatement vers l'œsophage et l'estomac.

Chez d'autres enfin, le mérycisme est absolument indépendant de la volonté et le sujet ne peut rien contre lui.

Il faut signaler, à côté de l'influence de la volonté, l'influence du psychisme sur la rumination : le malade de Johanessen ne ruminait pas lorsqu'il était en colère ou qu'il avait quelque émotion; le professeur de rhétorique de Gintrac ne ruminait pas pendant qu'il faisait son cours, et l'artiste cité par Hempel ne ruminait pas non plus lorsqu'il était en état d'appétence sexuelle. Ces cas sont cependant isolés et la presque totalité des mérycoles rumine quotidiennement et à tous les repas.

EVOLUTION

L'évolution est d'une grande bénignité et l'on ne saurait à peine prononcer le nom de maladie.

M. Blanchart nous dit qu'il aurait considéré sa rumination comme un phénomène normal si les

livres ne lui eussent appris le contraire, et sans aller aussi loin que Cambay qui affirme que le mérycisme est d'une grande utilité, puisqu'il permet à ceux qui en sont atteints de décharger leur estomac de substances qui pourraient lui être contraires, et qu'il faudrait souhaiter que tout le monde soit mérycole, il faut bien avouer que le mérycisme ne compromet absolument pas la vie de ceux qui en sont atteints, et que l'on en a vu un grand nombre vivre jusqu'à un âge très avancé avec la plénitude de leurs facultés intellectuelles et physiques.

Presque toujours le mérycisme dure toute l'existence. Cependant, dans quelques observations, on note que l'affection a pu disparaître soit spontanément, soit sous l'influence d'agents très variables d'un cas à l'autre.

Pour les uns, c'est par la volonté, pour d'autres c'est à la suite d'une maladie infectieuse (rougeole, scarlatine, typhoïde) ou bien d'un accès de goutte et même, dans un cas, après le premier coït.

La disparition fut parfois définitive, parfois seulement temporaire. Quoi qu'il en soit, ces faits sont exceptionnels, et en général le mérycole vit et meurt avec son affection.

Au rebours de la bénignité du mérycisme qu'on laisse abandonné à lui-même, il faut insister sur la fréquence des troubles qui surviennent lorsque par un moyen quelconque le mérycisme a été supprimé.

Un grand nombre d'auteurs signale des troubles d'ordre généraux, de la céphalée, de l'asthénie, des

douleurs d'estomac, de la constipation ou de la diarrhée, de l'anorexie. Tous ces troubles cesseraient presque immédiatement lorsque le mérycisme se réinstalle de nouveau.

Notons, au milieu de beaucoup d'autres, l'observation de Turmel, dans laquelle il cite un malade atteint de mérycisme depuis sa plus tendre enfance, et chez lequel un traitement par la belladone, qui avait fait cesser complètement toute régurgitation, dut être abandonné à cause de troubles nombreux, analogues à ceux que nous avons cités.

A part cette éventualité rare il n'y a guère à craindre de complications à cette maladie. Ducasse fils cite bien au cours de deux observations qui rentrent tout à fait dans le cadre du mérycisme idiopathique, deux cas de cancer du pylore, et il se demande si le surmenage apporté à l'estomac n'y créerait pas un lieu de moindre résistance.

En réalité, c'est là un nombre de faits trop restreints pour qu'on puisse lui accorder grosse valeur, étant donné surtout la fréquence du cancer du pylore chez des individus n'ayant jamais souffert du tube digestif.

CHAPITRE IV

Les mérycoles qui se produisent dans les cirques. — Roginski. — Mac-Norton. — *Notre sujet personnel* Charles H... — *Quelques réflexions sur leurs tours.* — *Pronostic.*

Nous venons de noter combien était variable l'influence de la volonté sur le mérycisme, et nous avons dit qu'elle pouvait être si grande dans certains cas que quelques sujets mérycoles avaient pu réaliser un véritable dressage de leur estomac et se produire comme attraction dans les cirques.

Tous ces sujets rentrent dans le cadre du mérycisme idiopathique. Comme tous les malades de cette classe ils ruminent depuis leur première enfance, et c'est souvent par hasard qu'ils s'aperçoivent qu'ils peuvent reproduire quand ils veulent cette rumination et même ramener dans leur bouche des objets précédemment déglutis.

Souvent ils ne peuvent, au début, le faire qu'in-

constamment et avec peine, tandis que la rumination qu'ils ont après les repas s'accomplit régulièrement et avec facilité. Mais à force de s'exercer ils disciplinent leur estomac et celui-ci finit par se prêter à toutes leurs exigences pour répéter leurs exercices aussi fréquemment qu'ils le désirent. La rumination post-prandiale elle-même, qui, au début, n'était ordinairement pas influencée par leur volonté, en devient très souvent à ce point dépendante qu'elle ne se reproduit plus que selon leur désir.

On a publié des observations de ces sortes de malades dans beaucoup de pays ; souvent d'ailleurs elles concernent de mêmes individus que leur profession oblige à voyager et qui se soumettent facilement aux examens médicaux dans le but d'avoir des certificats prouvant la parfaite loyauté de leurs exercices. Nous verrons quelques-unes des plus intéressantes d'entre elles.

M. Roginski, qui s'est produit dans les cirques parisiens il y a quelques années, réussit d'une manière impeccable les expériences suivantes. Il boit coup sur coup 30 verres remplis d'eau, puis réunissant ses lèvres et ne laissant qu'une petite ouverture centrale, il restitue cette eau en mince filet uniforme, régulier, à courbe parabolique, qu'il dirige vers un récipient situé à quelque distance de lui. L'eau est propre, absolument aussi claire que lors de son absorption.

Entre ses lèvres il installe ensuite et maintient un tube creux horizontal dont l'extrémité externe courbée à angle droit regarde en haut et par l'ouverture

effilée l'eau s'élève verticalement dans les airs; sur ce jet d'eau, il place une coquille d'œuf vidée ou une balle en celluloïd telles qu'on en voit dans les baraques de tir des fêtes foraines; la balle reste en équilibre, monte ou descend suivant la force plus ou moins grande du jet d'eau qui la soutient.

Puis il avale avec la plus grande facilité un certain nombre de poissons rouges. Les cyprins demeurent quelque temps dans son estomac; au commandement, il les ramène dans sa bouche, les recueille délicatement dans ses doigts et les dépose bien vivants dans leur bocal accoutumé.

Il demande ensuite à l'assistance un billet de vingt francs, un de cinquante et un de cent. Il prend chacun d'eux, le plie, le réduit à un petit volume, l'emprisonne dans une mince feuille de caoutchouc bien ficelée et les avale l'un après l'autre. Par dessus, il déglutit une ou deux douzaines de noisettes non débarrassées de leur coque. Chose curieuse, il ramène celui des trois billets qu'on lui désigne, puis l'un des deux autres au commandement, puis le troisième. Les noisettes sont également revenues au gré des spectateurs, soit avant soit après les billets.

Enfin il se fait apporter une bouteille de pétrole. Coup sur coup il en boit plusieurs verres sans qu'il paraisse incommodé le moins du monde, puis il rejette brusquement ce liquide sur une petite lampe qui brûle à côté de lui produisant une flamme énorme par laquelle il est en grand danger d'être brûlé.

Le travail de Mac Norton (§ Farez et Desternes)

est à peu près le même que celui de Roginski. Il est capable d'avaler dix, vingt, trente verres d'eau jusqu'à concurrence de 6 ou 7 litres; il peut à volonté ou les garder ou les restituer soit à flot, soit en un mince filet en petite ou en grande quantité. Lui aussi avale du pétrole, mais se contente de le rejeter sans faire de tour analogue à celui de Roginski. Il avale ensuite en un clin d'œil quatre ou cinq grenouilles et des petits poissons, et il les restitue tout vivants les faisant remonter exactement dans l'ordre qu'on désire. Il peut les garder une heure et même plus dans ce qu'il appelle son aquarium humain.

Il absorbe ensuite des liquides qui ne sont pas de même densité, tels que de l'huile, du lait, du vin, jusqu'à cinq différents, et les restitue à peu près sans mélange dans l'ordre inverse de leur introduction.

Mac Norton est issu d'une famille de mérycoles, et aussi loin qu'il remonte dans ses souvenirs, il se revoit ayant des régurgitations, mais alors qu'autrefois, elles se produisaient à tous les repas et pour la totalité des aliments, elles présentent maintenant le caractère d'être rares et en quelque sorte éclectiques : la rumination ne se produit plus pour les aliments qu'il peut assimiler facilement, mais s'il mange des cerises, son estomac lui renvoie les noyaux, s'il absorbe une côtelette, il verra le tendon lui revenir dans la bouche, et s'il prend un café mal filtré le marc sera rejeté sous forme d'une petite masse conglomérée. D'autre part, s'il a éprouvé un grand plaisir à absorber certains mets, il les ruminera tout à fait spontanément sans

qu'il fasse rien pour méryciser ce jour-là ou pour choisir dans son estomac ces mets particuliers.

Le Docteur Potier, du Vésinet, raconte (*in* Farez) le cas d'un de ses camarades de collège qui accomplissait des prouesses analogues : en même temps que son repas, il avalait des cailloux, des morceaux de bois, etc. Après le repas il était capable de restituer uniquement ces corps étrangers.

Il nous a été donné d'examiner l'an dernier un employé de bureau, Charles H..., venant consulter en ville pour une affection chirurgicale, mérycole depuis l'enfance et qui, après avoir vu au cirque les expériences réalisées par Roginski, s'est appliqué à les reproduire. Il a refait devant nous toutes celles que nous avons précédemment citées, sauf celle du pétrole enflammé qu'il juge dangereux. Nous lui avons indiqué celle de Mac Norton avec les liquides de densités différentes et quelques jours après, il est revenu nous montrer qu'il la faisait parfaitement.

Enfin, il a fait devant nous un tour assez compliqué et qui lui est personnel. Il est d'ailleurs assez probable que dans cet ordre d'idées et avec un peu d'imagination, des mérycoles tels que Roginski, Mac Norton ou lui-même pourraient, étant donnée la virtuosité de leur estomac, varier à l'infini leurs exercices. Il avale un petit morceau de viande crue, puis un peu de pétrole, ensuite une mèche de réchaud, enfin une allumette-bougie enflammée, avec assez d'habileté pour qu'on ne s'aperçoive pas qu'il l'éteint en l'introduisant. Il attend quelques instants, et à la stupéfac-

tion générale, ressort de sa bouche un petit morceau de viande cuite.

Il va sans dire naturellement qu'il a pris soin de l'avaler avant le début du tour et que celui-ci achevé, il restitue pétrole, mèche et allumettes.

Nous l'avons examiné complètement. Il est en bonne santé tant psychique qu'organique ; nous notons seulement une calvitie précoce, des dents tombées prématurément et un rhumatisme lombaire qui le tenaille tous les hivers. Ses parents, qui vivent encore, ne sont pas mérycoles, mais son père aurait une tension maxima supérieure à 20 et sa mère est épileptique.

Tous ces tours amènent quelques réflexions :

Tout d'abord, si ces sujets restituent de l'eau parfaitement propre quand ils travaillent en public, c'est bien évidemment qu'ils ont pris soin de laver leur estomac auparavant. Mac Norton et Roginski se sont, d'autre part, imposé la loi d'être à jeun depuis au moins six heures. Comme ils opèrent dans l'après-midi et dans la soirée, ils ne font que deux repas par vingt-quatre heures, l'un au coucher, l'autre au lever.

On s'effraie un peu quand on voit ces sujets absorber le pétrole par verrées. Il est vrai que le pétrole ne s'étale pas à la surface de l'estomac, mais qu'il pénètre dans un organe qui contient déjà une certaine quantité d'eau, au-dessus de laquelle il surnage, n'entrant en contact avec la muqueuse que par une surface annulaire. D'autre part, après le tour, nos sujets ont toujours soin de pratiquer un véritable lavage d'es-

tomac qui déterge en quelque sorte toutes les parties souillées.

C'est encore par la grande quantité d'eau emmagasinée dans leur poche gastrique et la faculté qu'ils ont de commander à leur estomac pour empêcher que celui-ci ne la chasse dans le duodenum qu'on peut expliquer qu'ils puissent garder pendant plusieurs heures, à leur intérieur, et parfaitement vivants des poissons et des grenouilles.

Enfin on est étonné de l'étonnante sûreté avec laquelle ils restituent tel objet demandé et non pas un autre. Où réside ce pouvoir de sélection ? Il nous faut citer entièrement l'opinion de Farez, non seulement parce que c'est un des seuls auteurs qui se soit occupé de cette question en France, mais encore parce qu'à l'étranger certains ont opiné de semblable manière :

« L'estomac et la bouche constituent en quelque « sorte deux vases communiquants reliés par le tube « œsophagien. Quand les lèvres sont bien fermées, « l'estomac en se contractant renvoie dans la bouche « une partie de son contenu. Si la bouche n'a reçu que « de l'eau, ou avec de l'eau quelque poisson, notre « mérycole ravale le tout; puis il régurgite un nou- « veau flot une ou plusieurs fois jusqu'à ce qu'enfin « une grenouille soit restituée. Alors il la laisse « sourdre entre ses lèvres et livre la bestiole désirée. « Si le flot ramène pêle-mêle grenouilles et poissons, « il a vite fait de les différencier et d'extraire de sa « bouche ce que le public attend de lui.

« Le pouvoir de discrimination réside dans la sen-
« sibilité buccale, laquelle affinée par l'habitude est
« avivée par l'attention soutenue, et l'on pense bien
« par exemple qu'en pliant ses billets de banque
« M. Roginski prend soin de leur donner à chacun
« une forme spéciale... M. Roginski, qui paraît sincère,
« affirme qu'il ne sait pas comment il opère ; il se
« concentre, il mobilise son attention. « J'appelle dans
« ma pensée — dit-il — j'attends dans ma bouche, et
« c'est presque toujours cela. » Il n'en sait pas davan-
« tage. J'estime qu'il fait un choix buccal, mais il ne
« s'en rend pas compte : c'est par une sorte d'intuition
« subconsciente qu'il identifie et reconnaît les objets
« ramenés au contact de sa langue et de ses lèvres. »
(Farez).

Il nous semble difficile, pour notre part, d'admettre une reconnaissance subconsciente des objets par la bouche et les lèvres. Ce sont des organes trop riches en fibres de sensibilité consciente pour que des manœuvres aussi compliquées que des déglutitions et des régurgitations en séries coupées de discriminations buccales puissent passer inaperçues. Or, il est certain que nos mérycoles ne savent pas comment se fait leur choix, pas plus Roginski, que Mac Norton et que Charles H..., dont nous donnons l'observation.

De plus, ils ramènent en général très rapidement ce qu'on désire, grenouille ou poissons, billet de 5 ou de 100 francs, ce qu'impliquent difficilement les manœuvres multiples supposées par M. Farez.

En réalité, nous verrons que la radio a montré

qu'en général un seul objet s'engageait dans l'œsophage et que celui-ci était presque toujours celui qui était désiré. Que le contrôle buccal existe, cela n'est pas douteux, mais ce contrôle est parfaitement conscient. Il ne faut pas oublier, en effet, que tous ces tours se passent devant le public et que, devant lui, il ne faut faire aucune erreur. Il n'en est pas moins vrai que le choix est ordinairement inconscient et se passe autre part que dans la bouche, très probablement au niveau du cardia. Nous reviendrons sur cette question et nous la développerons lorsque nous parlerons de l'examen de Charles H... aux rayons X. D'ailleurs, M. Charlier avait déjà écrit avant nous : « Il est possible que le sujet reconnaisse les solides d'après le degré de résistance que leur oppose le cardia et d'après la sensation qu'ils procurent à la partie inférieure de l'œsophage. » Et, en somme, à un niveau où la musculature, la mobilité, l'influence de la volonté sont si différentes de ce qu'elles sont chez l'homme normal, il n'est pas si difficile d'admettre qu'il puisse exister une sensibilité affinée quoique inconsciente qui serve au sujet pour ramener dans sa bouche ce qu'il désire et rien d'autre.

Tous les hommes dont nous avons parlé sont jeunes et en bonne santé. Ayant une musculature très puissante, ils ignorent les digestions lentes avec stase et fermentations secondaires, et d'autre part, la radio montre que leur estomac, malgré les énormes quantités d'eau qu'il peut contenir, n'est pas dilaté et s'adapte parfaitement à son contenu.

Mais les éléments manquent pour juger sainement du pronostic et pour dire si ces sujets pourront se livrer pendant longtemps sans inconvénients à un tel travail et à l'absorption de substances telles que le pétrole, et nous croyons avoir agi raisonnablement en conseillant à Charles H... de cesser toutes ces pratiques et de se limiter uniquement à sa rumination habituelle et prandiale, puisqu'aussi bien elle lui est agréable.

CHAPITRE V

MERYCISME DES DYSPEPTIQUES

Fréquence du mérycisme dyspeptique. — Quelques différences avec le mérycisme idiopatique. — Coexistence fréquente avec le pyrosis et la régurgitation. — Mérycisme précoce (Symptômatologie, causes, observation de Brown Séquard). *— Mérycisme tardif. — Pronostic.*

Les cas de mérycisme dyspeptique qu'on rencontre en clinique sont beaucoup plus nombreux à eux seuls que tous ceux des autres formes réunies. Etant donné l'influence salutaire que peut avoir sur eux un traitement approprié, ils soulèvent toujours un problème diagnostique de la plus haute importance.

D'assez nombreuses différences séparent ce mérycisme dyspeptique du mérycisme idiopatique que

nous avons décrit; en particulier ses aspects cliniques en sont beaucoup plus variés.

Les aliments mérycisés ont souvent un goût désagréable acide, et comme en plus les malades ne sont pas habitués dès l'enfance à un phénomène qui leur semble répugnant, très fréquemment ils les rejettent au dehors au lieu de les déglutir à nouveau. Il ne faut cependant pas dire que nous avons alors à faire à un vomissement, car tandis que celui-ci est pénible, s'accompagne d'efforts, de nausées, que la totalité des aliments est rejetée brusquement au dehors, au contraire le mérycisme garde ici comme ailleurs, ses caractères essentiels : les bols alimentaires sont ramenés dans la bouche doucement, sans efforts, sans nausées, par petites portions.

Quelquefois la rumination peut être le seul symptôme clinique d'une dyspepsie larvée. C'est dire qu'il ne faut jamais porter sans un examen approfondi le diagnostic de mérycisme idiopathique. Le fait est d'ailleurs rare, et le plus souvent il fait partie d'un ensemble de symptômes plus ou moins complets traduisant la dyspepsie originelle. Ces symptômes sont souvent d'ordre banal, mais ce peut être parfois du pyrosis ou des régurgitations dont le mécanisme a de grandes analogies avec le sien.

Le pyrosis est l'ascension d'une petite quantité de liquide qui s'arrête dans l'œsophage et y provoque une sensation de brûlure. Le liquide ne remonte pas jusque dans le pharynx ni la bouche ou n'y arrive qu'en très petite quantité. Dans la régurgitation, la

quantité de liquide est plus considérable et les aliments peuvent parfois s'élever jusque dans le pharynx et l'arrière-bouche. La régurgitation donne alors lieu à une sensation gustative. *Entre ces divers phénomènes et la rumination existent de très nombreuses formes dégradées qu'il est possible de voir se succéder chez un même individu ou même exister simultanément.* Cela est d'autant plus facile que la volonté joue quelquefois son rôle, et que certains malades souffrant beaucoup de l'estomac ont pu transformer leurs régurgitations qui les soulageaient peu ou pas du tout en véritable rumination qui apaisait leurs douleurs.

Les aspects cliniques du mérycisme sont donc ici beaucoup plus variés que dans la forme précédente, les causes qui peuvent l'engendrer ne le sont pas moins.

L'âge et le sexe sont sans influence appréciable, et l'on peut dire *que toutes les dyspepsies* peuvent fournir des mérycoles. Nous distinguerons par rapport aux repas un mérycisme précoce et un mérycisme tardif qui font partie des syndromes de dyspepsie précoce et tardive. Ces syndromes ont été décrits en divers lieux (§ Traité des dyspepsies de Ramond), et nous ne reviendrons pas sur leurs détails.

Mérycisme précoce :

Il survient très rapidement après les repas, peut être isolé, mais en général s'accompagne d'une douleur très vive, d'autres fois beaucoup plus sourde qui siège sous l'appendice xyphoïde avec des irradiations qui, en dépit de ce qu'on a pu décrire, sont extrême-

ment variables. Il va sans dire que c'est surtout dans les cas où la douleur est très discrète ou même absente, et dans lesquels le mérycisme est à peu près le seul symptôme clinique qu'il convient de mettre en œuvre radio, tubage à jeun et après repas d'épreuve, etc.... pour faire exactement le diagnostic de la cause.

Ce peut être un ulcus juxta-cardiaque ou bien une gastrite supérieure soit banale, soit toxique, soit surtout alcoolique.

Il faut opposer la rareté des observations d'ulcus juxta-cardiaque à la fréquence de la gastrite alcoolique. Sans doute cette dernière se rencontre-elle dans la pathologie courante de l'estomac plus habituellement que l'ulcère; mais ici la différence est beaucoup plus marquée. Peut-être un ulcère perturbe-t-il trop la mécanique stomacale pour que puisse se réaliser la succession des phénomènes en somme compliquée que constitue le mérycisme; peut-être aussi l'alcoolisme chronique produit-il à côté de la lésion stomacale des modifications du système nerveux qui favorisent la rumination.

Assez exceptionnellement il faut rechercher l'origine du syndrome dans une excitation réflexe qui serait presque toujours d'origine vésiculaire, et qui dans une observation qui nous a été donnée par le Docteur Dubois, doit être rapportée à une origine appendiculaire, puisque la malade qui mérycisait ses repas aussitôt avalés, a vu disparaître tous ses symptômes à la suite d'une appendicectomie faite sur la seule constatation d'une douleur sourde dans la fosse

iliaque droite, douleur qui datait de plusieurs années et qui avait succédé à un épisode aigu extrêmement bénin.

C'est dans ces cas de dyspepsie précoce qu'il faut ranger l'observation de Brown Séquard. Le célèbre physiologiste cherchait à déterminer la durée du séjour que devaient faire dans l'estomac les divers aliments pour y être digérés. Dans ce but il reproduisait sur lui-même les expériences classiques de Réaumur et Spalanzani. Il avalait une petite éponge au milieu de laquelle il avait mis la substance à examiner. Il ramenait le tout avec une ficelle quand il le désirait. Les expériences allèrent bien pendant quelque temps, mais à la longue l'estomac se révolta et rejeta l'éponge sitôt avalée, non pas sur le mode violent du vomissement, mais à la façon lente et douce du mérycisme. Brown Séquard dut cesser ses études sur lui-même. Les accidents ne disparurent cependant aucunement et, dès après le repas, les aliments revenaient dans la bouche, tandis qu'une douleur assez vive au creux de l'estomac accompagnait le phénomène. Le traitement et une volonté opiniâtre de guérir vinrent à bout de ce mérycisme en quelque sorte expérimental.

On en est réduit aux hypothèses pour expliquer ce qui s'est passé.

On peut cependant conjecturer avec assez de vraisemblance que le fait d'avaler et de ramener pendant plusieurs semaines une éponge et une ficelle avait dû produire dans la région supérieure de l'estomac, juxta

cardiaque, une irritation, une sorte de gastrite traumatique qui avait été à l'origine de tous les symptômes. Il ne nous semble pas qu'il puisse être possible d'interpréter ce cas, ainsi qu'on l'a fait, comme une sorte de réflexe envers un corps étranger entretenu par un état nerveux spécial. Un réflexe n'aurait pas attendu plusieurs semaines avant de se produire, et en tout cas s'il avait persisté après que sa cause eut été supprimée, il ne se fut pas accompagné de douleurs. Au contraire, une lésion de la région juxta cardiaque explique très bien, à la lueur de ce que nous connaissons de la pathologie de cette région, cette observation remarquable :

Mérycisme tardif :

Le mérycisme tardif n'est en quelque sorte que le diminutif du vomissement tardif : les mêmes causes les produisent tous deux avec le même ordre de fréquence relative, c'est dire que nous n'allons pas insister sur ces étiologies, les livres spéciaux en traitant à loisir. Rappelons simplement la fréquence de toutes les causes agissant dans la zone d'influence du pylore, que ce soit en amont ou en aval de lui sur le tractus digestif, ou même que ce soit d'une façon réflexe comme dans les lésions de la vésicule biliaire. A toutes les périodes d'évolution de ces lésions, il est possible d'observer la rumination tant à la période de sténose spasmodique qu'à celle de sténose organique,

tant à celle où l'estomac réagit encore qu'à celle où il est complètement dilaté. Schmalz cite un cas de mérycisme survenu chez un homme atteint de sténose pylorique avec grande dilatation et qui ruminait à de longs intervalles une bouillie infecte dans laquelle on pouvait reconnaître, quand il la rejetait, des aliments qu'il avait avalés plusieurs jours auparavant.

Pronostic :

Indépendamment de la gravité de la lésion causale le mérycisme apporte presque toujours par lui-même un facteur d'aggravation. En effet, comme il est très fréquent que les malades rejettent leurs aliments, il s'ensuit un élément de dénutrition qui n'est souvent pas négligeable.

La guérison peut survenir, mais elle est fonction non seulement de la guérison de la lésion causale dont le diagnostic doit être fait avec le plus grand soin, mais de l'état névropatique plus ou moins accentué. Dans les cas idéals, mais pratiquement très rares, dans lesquels la touche nerveuse n'apparaît pas, le mérycisme disparaît dès que l'estomac est guéri ; en réalité il semble bien qu'un terrain spécial soit nécessaire pour qu'un individu dyspeptique réagisse suivant le mode mérycole. Si ce n'est pas un état nerveux nettement pathologique, du moins est-ce cet état de neuro-arthritisme aux réactions si spéciales et que le médecin doit déceler pour traiter convenablement son malade. Il est évident que là encore, nous aurons tous

les intermédiaires entre le simple terrain neuro-arthritique et les affections qui dépendent véritablement de la psychiatrie, comme la folie et l'idiotie, que nous verrons ultérieurement. Le pronostic en sera modifié d'autant.

CHAPITRE VI

MERYCISME ET AEROPHAGIE

Mérycisme et aérophagie volontaire ou involontaire chez les individus sains d'esprit. — Mérycisme et aérophagie pendant la guerre. — Mérycisme et aérophagie chez les névropathes.

L'éructation qui accompagne l'aérophagie est un phénomène très voisin du mérycisme. C'est une sorte de « rumination des gaz de l'estomac » (Nattan-Larrier). D'ailleurs, au point de vue mécanique, les phénomènes peuvent être tout à fait analogues ainsi que l'ont montré les travaux de Toussaint et Chauveau.

Les gaz rejetés au dehors au cours de l'éructation entraînent parfois avec eux une petite portion de substance alimentaire. De cette régurgitation au véritable mérycisme il n'y a qu'une question de degré, non de nature, et dans nombre de cas, on a pu se rendre compte que l'aérophagie, volontaire ou non, était l'ac-

cident qui appelait la rumination, et qu'une fois la régurgitation amorcée à l'aide d'une éructation, la totalité du contenu stomacal suivait.

Lorsque cet accident se produit chez un individu normal au cours d'une aérophagie involontaire, celui-ci rejette en général en dehors les aliments remontés dans sa bouche (mais ici comme chez les dyspeptiques, nous avons à faire à une rumination et non à un vomissement étant donné la douceur du phénomène et l'absence d'efforts qui l'accompagne). Ce mérycisme peut être qualifié d'accidentel, car le plus souvent il ne se produit qu'une fois par hasard et ne se reproduit pas.

On peut également observer le mérycisme au cours de l'aérophagie volontaire. On sait combien il est facile d'avaler de l'air et de l'expulser ensuite volontairement en rots plus ou moins sonores ; un de nos maîtres à qui nous demandions des conseils pour ce travail nous racontait qu'étant au collège, un certain nombre d'élèves et lui avaient pris l'habitude d'avaler de l'air qu'ils expulsaient soit au milieu des rangs, soit au cours d'une étude en tirant des effets bruyants qui les amusaient fort malgré les punitions qu'ils s'attiraient. Or, un jour qu'il s'apprêtait ainsi à troubler l'ordre bien établi d'un défilé dans un couloir et qu'il y faisait effort, il sentit sa bouche se remplir d'aliments et ne put qu'à grand peine les empêcher de s'échapper au dehors. Comme cet accident l'avait fort impressionné, il s'abstint à l'avenir d'imiter ses camarades et le mérycisme ne se reproduit plus.

La rumination n'existe ici en somme que par une exagération du mécanisme de l'éructation; il suffit de la volonté du sujet pour faire cesser le phénomène : c'est ce qui arrive en général pour tous les individus chez lesquels il s'est produit de cette façon.

Dans un autre ordre d'idée, on a pu observer de petits mérycoles pendant la guerre dans les centres de pathologie digestive. Ils faisaient partie des innombrables « *vomisseurs* » de cette époque engendrés par des causes multiples. Leurs accidents présentaient en réalité le type du mérycisme (régurgitation sans efforts apparents), mais on peut bien penser qu'ils extériorisaient soigneusement ce qui leur remontait dans la bouche afin que nul n'en ignore. Chez les uns ce mérycisme était volontaire, chez beaucoup d'autres il ne l'était certainement pas, mais il faut tenir compte de ce que ces malades vivaient à une époque dont les circonstances avaient pu modifier grandement leur psychisme et les réactions de leur système nerveux. Beaucoup furent examinés aux rayons X. Dans la plupart des cas on a noté que l'aérophagie volontaire était l'intermédiaire entre le désir, ou l'impulsion volontaire de vomir, et cette action elle-même, et qu'une fois la régurgitation stomacale « amorcée » les dits malades arrivaient à régurgiter la totalité du contenu opaque (G. Durand). On conçoit que le traitement devait porter plus sur l'état mental du sujet que sur les phénomènes stomacaux eux-mêmes.

Les conditions de la guerre étaient assez exceptionnelles pour que depuis on n'ait eu que très rare-

ment l'occasion d'observer des mérycoles de cet ordre, mais en dehors d'elle l'aérophagie peut encore se rencontrer à l'origine du mérycisme des sujets névropathes.

Chez les idiots, les arriérés, les fous, la déglutition de l'air est en effet un tic extrêmement fréquent et contre lequel on ne peut presque rien. Le mérycisme débute alors par un mode analogue à celui de l'aérophagie chez les individus sains d'esprit au cours d'une éructation. Mais le pronostic n'est pas le même, car tandis que chez celui-ci il n'y a pour ainsi dire pas de participation nerveuse, ici cette participation est prédominante et va contrarier la thérapeutique.

C'est ce qui se produit également pour les cas de mérycisme qui surviennent au cours de ces aérophagies pithiatiques aux manifestations si bruyantes.

CHAPITRE VII

LE MERYCISME DANS LES AFFECTIONS NERVEUSES

Les affections nerveuses qui sont le plus souvent rencontrées. — Hérédité. — Imitation. — Rapports du mérycisme chez les névropathes et la dyspepsie. — Pronostic.

Bourneville et Seglas ont les premiers attiré l'attention des médecins sur la fréquence du mérycisme dans les affections nerveuses.

Ils ont montré que c'était surtout chez les idiots et les arriérés qu'on pouvait le rencontrer, puisqu'ils ont pu trouver parmi eux un mérycole pour vingt sujets. Bouchaud est arrivé à des conclusions à peu près analogues et a relevé 11 cas de rumination sur 450 malades. Un grand nombre de faits isolés sont venus d'autre part confirmer ces travaux.

L'aliénation mentale, bien qu'elle soit d'une importance étiologique moindre, prédispose cependant à la rumination d'une façon manifeste (§ Cantarano).

L'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie se rencontrent moins fréquemment tandis que la paralysie générale semble être un facteur très important.

Grand a repris tous les cas dans une étude d'ensemble. Sur 59 mérycoles, il a trouvé 28 idiots, 7 fous, 5 débiles, 2 épileptiques, 1 hystérique, 16 paralytiques généraux.

Il est très fréquent que le mérycisme soit héréditaire chez de tels individus. Comme nous l'avons déjà dit, c'est une particularité qui peut exister dans d'autres formes que nous avons déjà décrites, mais qui se retrouve ici tout particulièrement. Les exemples en sont nombreux, on pourrait les multiplier à loisir. Citons-en seulement deux parmi les plus démonstratifs :

Dans une même famille de dégénérés, deux frères, une tante, le grand-père, quatre petits-enfants ruminent : sur 10 personnes on compte ainsi 8 mérycoles (Bouchaud). Dans une autre, le Docteur Brocbank a vu un homme de 36 ans ruminant depuis l'enfance et qui, marié à une femme qui ne ruminait pas, a eu six enfants dont cinq étaient mérycoles.

Voici l'observation, très résumée, de ces enfants :

1° Fille de 12 ans, rumine surtout quand elle a mangé de la viande.

2° Fille de 10 ans, rumine surtout après son déjeuner, et comme c'est le moment d'aller à l'école, est toujours ennuyée par ses camarades qui lui demandent ce qu'elle a dans la bouche.

3° Fille de 8 ans, rumine un peu moins que ses sœurs.

4° Fille de 4 ans, commence à ruminer, elle crache parfois les aliments qui ont remonté dans sa bouche; quand il s'agit de viande elle est heureuse de la déglutir à nouveau.

5° Garçon de 2 ans et demi; il commence à ruminer, surtout quand il s'agit de viande; il la crache parfois.

6° Enfant de trois mois nourri au sein ; n'a pas encore ruminé, mais rien ne peut assurer qu'il ne ruminera pas un jour. Tous ces enfants sont des arriérés.

Les auteurs ont beaucoup discuté sur l'interprétation qu'il convenait de donner à ces cas de rumination familiale.

Dans un certain nombre de faits, tels l'observation de Turmel où le frère et la sœur ruminent tous les deux depuis longtemps sans que chacun d'eux se doute que l'autre présente la même particularité, tel encore le cas de Kœrner où un fils séparé de son père et ne le connaissant pas, rumine tout comme lui, il faut bien admettre que l'hérédité en elle-même joue son rôle sans qu'on puisse naturellement le préciser.

D'autres faits, au contraire, doivent être interprétés comme étant dus à l'esprit d'imitation. Il est notoire que chez les dégénérés cet esprit est parfois poussé à un degré extraordinaire. C'est pourquoi ce mode de transmission est si souvent noté dans le mémoire de Bourneville et Seglas et doit, en dehors

de l'hérédité, jouer son rôle dans la rumination de plusieurs personnes de la même famille. Cependant il est bien évident que dans la plupart des cas les rôles respectifs de l'hérédité et de l'imitation se superposent sans qu'on puisse déceler quelle importance il est possible d'attribuer à chacun d'eux.

Citons, en dehors du mérycisme familial, des cas d'imitation vraiment remarquables. PERINETTI, SENNERT racontent des faits de contagion de l'animal à l'homme, puis d'homme à homme. Le berger de SENNERT vit avec ses bestiaux, il commence à ruminer comme eux, puis communique son mérycisme à sa femme. KERNER donne l'observation d'une gouvernante hystérique et mérycole qui entre dans une famille où personne ne rumine pour s'occuper de deux enfants débiles. Bientôt ses deux élèves l'imitent et ruminent à leur tour. On chasse la gouvernante, on punit les enfants et le mérycisme disparaît pour jamais de cette famille.

***

Quelquefois, la lésion du système nerveux est la seule qui puisse être trouvé chez le mérycole. L'examen le plus complet ne décèle aucun trouble quel qu'il soit, et l'on ne voit pas pourquoi s'est produit le mérycisme plutôt qu'une autre manifestation névropathique.

Le point d'appel échappe en ce cas. Dans d'autres,

au contraire, une altération digestive vient attirer l'attention.

Nous avons dit que très souvent l'idiot commençait par être aérophage ; ce n'est que lorsqu'il a ramené les aliments dans sa bouche, au cours d'une éructation (mérycisme accidentel des individus sains, § plus haut), que le système nerveux perverti fixe en quelque sorte ce trouble digestif et l'entretient.

L'aérophagie ne résume pourtant pas tous les modes de début du mérycisme, la dyspepsie y est relativement fréquente et est en rapport presque toujours avec une très grande voracité, une mastication insuffisante et de mauvaises dents. Il est des faits certains dans lesquels cette dyspepsie et cette voracité ont été les faits primitifs et ont précédé la rumination.

Il en est d'autres par ailleurs où les individus sont dyspeptiques depuis peu de temps, tandis qu'ils sont mérycoles depuis de longues années. Il se peut qu'il n'y ait dans ce cas qu'une simple coïncidence, et qu'entre la rumination et le trouble digestif il n'y ait ici aucun rapport, cependant quelques observations de mérycisme chez des adultes sains d'esprit signalent que pressés de terminer un repas rapidement, ces sujets n'y mettent aucune opposition, sachant bien qu'ils pourront mâcher à loisir les aliments avalés en morceaux non triturés. On peut, peut-être, étendre la même pensée à des individus arriérés ou idiots qui peuvent voir dans leur mérycisme la possibilité d'avaler dans le même temps que leurs voisins une quantité bien plus grande d'aliments, d'où leur voracité et

la dyspepsie, qui ne serait alors qu'une résultante directe de la rumination. Ces sujets retirent toujours, d'autre part, un grand plaisir de leur mérycisme, et pour eux manger beaucoup est une manière de prolonger ce plaisir plus longtemps. « Les idiots mérycoles, disent Bourneville et Seglas, montrent bien nettement la joie qu'ils éprouvent; ils offrent tous les signes d'une vive jouissance, ils se frottent le ventre ils s'agitent, leurs yeux brillent, et comme s'ils craignaient qu'on ne les veuille arracher à leur passion, ils s'arrêtent dès qu'on les approche, dès qu'on les regarde. »

D'ailleurs, dyspepsie secondaire ou dyspepsie primitive, la distinction n'a que peu d'importance, car la question du terrain est ici prépondérante et en quelque sorte exclusive. Que l'on s'attaque à la dyspepsie ou à l'aérophagie, si l'on guérit ces affections il n'en reste pas moins que l'influence du système nerveux perverti est dirigé du côté du tube digestif, que cette influence est prédominante et que le mérycisme ne disparaît pas pour autant.

Il faut, chez tous les névropathes, expliquer le mérycisme comme une habitude vicieuse comparable à l'onychophagie, à la masturbation ; c'est une sorte de perversion sensitivo-intellectuelle (Nattan-Larrier). Si quelquefois on peut trouver une cause, dyspepsie, aérophagie, en réalité cette cause n'a fait en quelque sorte que mettre « la machine en branle » et la traiter pour guérir le mérycisme est souvent illusoire. Celui-ci ne disparaît que lorsque s'améliore

l'état du système nerveux. C'est dire que les guérisons sont exceptionnelles. Cela n'a que peu d'importance au point de vue mérycisme, d'abord parce qu'il n'y a pas de complication à cette affection, ensuite parce que les mérycoles n'y tiennent nullement, puisqu'ils y trouvent du plaisir. Aussi n'y a-t-il pas d'inconvénients, à moins de coexistence d'une dyspepsie douloureuse ou grave, à ne pas s'occuper du traitement de cette maladie chez de tels malades.

CHAPITRE VIII

LE MERYCISME CHEZ LES ENFANTS

Huit observations, dont trois inédites.
Importance du terrain, pronostic.

Le mérycisme est observé chez les enfants beaucoup plus fréquemment que chez l'adulte. Ce n'est cependant pas, tant s'en faut, une affection commune. Il se rencontre chez des enfants qui présentent toujours un fond nerveux manifeste et presque toujours des troubles digestifs. Ces faits apparaissent avec évidence dans tous les cas que nous connaissons. Nous allons en citer quelques-uns : les cinq premiers sont tirés de la *Revue de Médecine des Enfants* (1912) où ils ont été publiés par M. Comby. Nous les choisissons de préférence à tout autres, d'abord parce qu'ils ont été observés par un des maîtres actuels de la pédiatrie, ensuite parce qu'ils forment un ensemble, et qu'on ne peut ainsi nous accuser d'avoir choisi des faits isolés

favorables à ce que nous avançons. Les trois derniers sont inédits, nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Comby les observations VI et VII, et l'observation VIII à celle de notre maître le Docteur Cain. Nous les remercions tous deux d'avoir bien voulu nous les confier.

OBSERVATION I

Fille âgée de trente neuf mois. Parents nerveux. Enfant nerveuse. Entérocolite à poussées successives. Depuis trois ans, rumination parfaitement caractérisée.

Le 30 avril 1907, on me conduit une fillette de 3 ans pour des troubles digestifs. Pas de cas de mérycisme dans la famille, mais le père et la mère sont nerveux. Née à terme, l'enfant a été nourrie au sein maternel jusqu'à huit mois. A partir de cette époque, quelques bouillies sont ajoutées aux tétées. Enfant très belle jusqu'à un an. Elle prend alors la coqueluche (quintes, vomissements) puis souffre d'entérite, de constipation, rend des glaires et des peaux.

Depuis quelques mois seulement après avoir eu des renvois, des régurgitations, elle présente de la rumination. Après le repas, les aliments déjà avalés remontent dans la bouche puis sont déglutis de nouveau. Ces phénomènes se produisent après chaque repas. La bouillie du matin et le pain sont ruminés avec prédilection.

Enfant petite (82 cm.), d'un poids léger (10600 gr), mais sans anémie. Rien à l'auscultation. Rien à l'examen du ventre. Enfant nerveuse et impressionnable ayant eu de l'incontinence d'urine.

J'ai prescrit quatre repas par jour, pris lentement, avec mastication soignée. L'enfant prendra des douches tièdes le matin, des frictions stimulantes le soir, deux bains alcalins par semaine. Vie au grand air.

Avant chaque repas on donnera dans une cuillerée à café d'eau sucrée un paquet contenant :

Bicarbonate de soude	
Magnésie calcinée	ââ 0 gr. 20
Benzonaphtol	
Pepsine en paillettes	0 gr. 10
Poudre de noix vomique ...	0 gr. 01

Pour un paquet n° 10.

Si ce traitement ne réussit pas, on donnera après chaque repas, dans un petit verre d'eau sucrée, une cuillerée à café de :

Acide chlorhydrique	1 gr.
Eau distillée	100 gr.

OBSERVATION II

Garçon de 22 mois. Troubles digestifs. Rumination depuis l'âge de 12 mois. Hérédité nerveuse.

Le 18 juillet 1907, je suis appelé à voir un petit garçon de 22 mois que j'ai soigné déjà pour troubles de la digestion.

Pas de ruminants dans la famille. Parents arthritico-nerveux. Un frère de 10 mois eczémateux. Né à terme, l'enfant fut nourri au sein puis au biberon, Suralimenté, il n'a marché qu'à 18 mois, est un peu rachitique. Actuellement 16 dents. Enfant pâle et anémique, ventre un peu fort, dilatation de l'estomac, constipation habituelle.

Depuis l'âge de 12 mois, l'enfant s'est mis à ruminer. Quelques minutes après avoir bu ou mangé, parfois plus tard (une heure ou deux après), le bol alimentaire revient sans efforts dans la bouche qui se remplit, et l'enfant l'avale de nouveau.

La rumination n'est pas constante ; elle n'existe pas à tous les repas mais elle se fait pour la plupart. J'ai assisté à une rumination. L'enfant avait pris du lait peu avant mon

examen. Tout à coup se bouche s'est remplie, j'ai aperçu nettement le flot laiteux entre ses lèvres. Il l'a avalé sans effort, lentement, sans dégoût. Puis un autre flot est remonté à la bouche et la rumination a continué.

Aucun autre trouble de la santé générale, sauf l'anémie et le rachitisme que j'ai signalé plus haut. Enfant nerveux.

Bains salés, cure d'air, poudres eupeptiques, acide chlorhydrique dilué.

OBSERVATION III

Fille de 4 ans. Parents très nerveux. Excitation cérébrale et convulsions. Rumination depuis six mois.

Le 17 octobre 1907, je vois pour la deuxième fois (la première consultation remonte au mois de mars de la même année) une fillette de quatre ans et demi que j'avais soignée pour de l'excitation cérébrale. Parents nerveux, onychophages, pas d'autre enfant. Nourrie au sein par sa mère, l'enfant a toujours été criarde, excitée, nerveuse. Grande convulsion à 22 mois, puis nouvelles convulsions pendant un an ; ensuite, « absences » de durée courte à intervalles variables. Enfant perpétuellement excitée, instabilité extrême, mouvement continuel. Elle ronge obstinément ses ongles. De plus, elle met dans sa bouche tous les objets qu'elle rencontre : cailloux, débris de paille, etc... Bien développée, pas de stigmates somatiques.

Depuis six mois, alors que le drap mouillé avait calmé l'excitation cérébrale, l'enfant a commencé à ruminer. Elle ne rumine pas à chaque repas ni tous les jours. Les œufs sont plus souvent ruminés que les autres aliments, mais elle rumine aussi la soupe, la viande, etc... Au moment de mon examen, à une heure et demie, elle a ruminé à plusieurs reprises des œufs qu'elle avait mangés vers onze heures. Sa mère lui en a fait cracher dans un mouchoir. Généralement elle ne crache pas les aliments ainsi ruminés, mais les avale de nouveau avec plaisir.

Voilà donc une enfant très nerveuse, ayant eu des convulsions, des absences, de l'excitation cérébrale qui, depuis six mois, présente une rumination bien caractérisée.

Les parents de cette enfant ne ruminent pas et aucun cas de rumination n'a été relevé dans l'entourage.

TRAITEMENT

Le 15 mai j'ai revu l'enfant plus calme, moins excitée, elle rumine seulement les salades cuites et les légumes verts. Amélioration.

OBSERVATION IV

Garçon de 27 mois. Rumination depuis un mois. Géophagie. Enfant nerveux.

Le 25 janvier 1908, on me conduit du Vésinet un petit garçon âgé de deux ans et trois mois. Cet enfant a été nourri au sein jusqu'à 7 mois puis au lait de chèvre. Il a marché à 15 mois, première dent à neuf mois, 18 dents actuellement. Palais ogival, végétations adénoïdes probables. L'enfant un peu dyspeptique a eu de l'entérite muco-membraneuse. Père bien portant, mère et grand-mère neurasthéniques. Un frère est mort à l'âge de 21 mois. Il y a un mois, on s'est aperçu que l'enfant ruminait. Aussitôt après les repas, le liquide remonte sans effort dans la bouche pour être dégluti de nouveau. Cette rumination se continue ainsi indéfiniment, l'enfant rumine toute la journée sans jamais cracher ni vomir. Il est très nerveux ; cet été on l'a surpris souvent en train de manger de la terre, du chou cru, de l'oignon cru.

Je constate chez lui de la dilatation d'estomac. Je prescris un régime : quatre repas par jour, aliments assez épais, boire de l'eau ; en même temps bains, douches, frictions, vie au grand air.

OBSERVATION V

Fille de deux ans et demi. Rumination. Hérédité neuro-arthritique. Enfant nerveuse.

Le 9 novembre 1908, on me conduit une fillette de deux ans et demi qui a eu plusieurs nourrices. Difficultés d'alimentation au début de la vie. Cependant l'enfant a marché à un an et mis ses premières dents de bonne heure. Poids inférieur à la normale : 9 kilogr. A un peu d'entérocolite glaireuse. Enfant nerveuse. Parents neuro-arthritiques. Elle a toujours vomi ; mais depuis quelque temps un phénomène nouveau s'est montré. Une demi-heure ou une heure après que l'enfant a pris son lait, cet aliment remonte sans effort dans la bouche pour être dégluti de nouveau.

J'ai prescrit les poudres suivantes à prendre deux fois par jour dans une cuillerée d'eau sucrée.

Bicarbonate de soude .....
Magnésie calcinée ..... } aa 0 gr. 15
Phosphate de chaux .....

Pour un paquet n° 10.

OBSERVATION VI (inédite)

Le 18 décembre 1924 on m'amène un petit garçon de 3 ans bien développé, pesant 15.400 gr., mesurant 0 m. 95 de taille. C'est un très bel enfant blond et frisé, appartenant à une famille neuro-arthritique. Il est glouton, jamais rassasié. Langue un peu blanche, état gastrique léger.

La mère a remarqué que de temps à autre les aliments remontent dans la bouche et sont de nouveau avalés ; ils ont un goût aigre, acide. L'enfant ne semble pas gêné par la régurgitation. Le mérycisme, latent en quelque sorte, est bien toléré.

L'examen de l'enfant ne dénote rien d'anormal, auscultation négative du cœur et des poumons. La palpation du ventre est indolore, pas de dilatation appréciable de l'esto-

mac, quoique l'enfant boive beaucoup. Rien dans les urines.

Le traitement prescrit fut le suivant :

1° — Choix des aliments : purées et pâtés, soupes épaisses, peu de viande, pas de sauce, boire peu (un gobelet d'eau ou une petite tasse d'infusion par repas). Usage modéré des œufs et du lait. Surveiller la voracité de l'enfant, obtenir qu'il mange lentement et veuille bien mastiquer.

2° — Vie au grand air le plus possible, dans le calme, loin du bruit et de la foule, pas de fatigue physique.

3° Douches chaudes matin et soir suivies de frictions sèches.

4° — Une cuillerée à soupe d'eau de Vichy Célestins avant les quatre repas.

5° — Si les alcalins ne réussissent pas, après un mois de cure, donner après les deux principaux repas, dans un verre à Bordeaux d'eau sucrée, une cuillerée à café de :

Acide chlorhydrique médicinal ..	1 gr.
Eau distillée	100 gr.

OBSERVATION VII (inédite)

Le 18 janvier 1911, je suis appelé à voir avec le Dr Marey (aujourd'hui décédé) et dans sa clientèle, un garçon de neuf ans et demi, pâle et maigre, pour des douleurs du ventre parfois très vives et suivies de vomissements. Lors de notre examen, ventre souple et indolore, rien de particulier dans la région de Mac Burney. Langue habituellement saburrale, constipation opiniâtre. Première crise il y a trois ans, pas d'hématémèse ni de mœlena. On a pensé tour à tour à l'appendicite et à l'ulcère gastrique. Enfant très nerveux, exagérant peut-être ses douleurs.

Rumination constatée depuis plusieurs années. Nourri au sein, l'enfant a toujours été vorace. C'est à l'âge de deux ans qu'on a commencé à s'apercevoir qu'il ruminait. Très souvent, quelques minutes après le repas, les aliments liqui-

des ou solides revenaient dans la bouche et ne tardaient pas à être déglutis de nouveau sans que l'enfant en éprouvât la moindre gêne. Interrogé sur le goût des aliments ainsi ruminés, l'enfant répond que ce goût n'a rien de mauvais et que le mérycisme ne lui cause aucun déplaisir.

Un frère aîné âgé de 12 ans n'a jamais ruminé. La rumination n'existe pas davantage chez le père ou la mère ; aucun autre membre de la famille n'est atteint de cette névrose digestive, mais tous sont des neuro-arthritiques avérés.

J'ai prescrit, pour cet enfant, outre les conseils hygiéniques, deux paquets par jour avant le repas dans une cuillerée à café d'eau très sucrée :

Poudre de noix vomique	1 centigr.
Pepsine en paillettes	0 gr. 10
Benzonaphtol	0 gr. 15
Magnésie calcinée	0 gr. 20
Bicarbonate de soude	0 gr. 25

Pour un paquet n° 20.

OBSERVATION VIII (inédite)

Enfant Calmels. Agé de 6 ans. Nourri au sein. C'est un enfant chétif qui se plaint d'angines à répétition ; a été envoyé au Mont-Dore. Mérycisme depuis un an. Les régurgitations se produisent 15 minutes après les repas, parfois plus tardivement. Elles sont suivies d'une réingestion définitive.

Bon appétit, selle normale. Estomac non dilaté. Enfant nerveux, bègue, coléreux, grimacier. Hernie inguinale congénitale. Hypospadias.

***

Nous pourrions multiplier ces observations. Dans toutes, nous verrions, comme dans celles-ci, des

enfants excités, nerveux, bègues, géophages, onychophages, chez qui l'on retrouve très souvent des troubles digestifs.

Cette altération constante du système nerveux est d'un grand poids pour l'opinion de ceux qui veulent faire du mérycisme une névrose de la digestion, mais les troubles digestifs seraient dans bien des cas le point d'appel, en quelque sorte l'épine irritative qui déclanchera le phénomène. Cette distinction entre la lésion locale et l'état général nous l'avons trouvée à toutes les formes du mérycisme, mais tandis que chez l'adulte elle est masquée par un ensemble plus ou moins complexe, elle apparaît ici avec la plus grande évidence et l'on voit que la perturbation nerveuse est la lésion la plus importante sans laquelle le mérycisme ne se pourrait produire puisqu'elle est constante tandis que les troubles digestifs sont quelquefois peu manifestes.

Chez l'adulte, cette perturbation nerveuse n'apparaît pas « évidemment » avec la même fréquence. cependant il semble bien logique, à la lueur de ce que nous voyons chez l'enfant et dans la grande majorité des cas chez l'adulte, d'affirmer comme nous l'avons fait, que c'est toujours là la lésion prédominante, même quand on n'en peut retrouver que des symptômes très minimes.

Si le mérycisme se rencontre plus souvent dans les premières années de l'existence que plus tard, c'est qu'au premier âge le tube digestif est l'organe principal, celui qui centralise la plus grande partie des excitations et dont les réactions sont les plus vives.

Lorsque l'enfant grandit et que cette prédominance disparaît, la fréquence du mérycisme tend à diminuer. C'est là ce qui fait toute la différence entre la rumination de l'adulte et celle de l'enfant et ce qu'il faut souligner tout particulièrement. Alors que le mérycisme de l'un guérit rarement, la plupart des cas observés chez l'autre guérissent spontanément. D'ailleurs, ne voyons-nous pas que sur nos huit observations il y en a six qui concernent des sujets de moins de quatre ans

Il va sans dire qu'un traitement des troubles digestifs, une bonne hygiène, associés à la psychothérapie, hâtent certainement la guérison.

CHAPITRE IX

ETUDE DU MECANISME DE LA RUMINATION LE POLYGRAPHE DE MAREY — LA RADIO

Etude du mécanisme par LEMOINE et LINOSSIER à l'aide *du polygraphe de* MAREY : *conclusions analogues à celles de* CHAUVEAU et TOUSSAIN *pour la rumination animale. — La Radio montre qu'il existe en réalité deux mécanismes différents. — Commentaires.*

Le mécanisme intime du mérycisme a été étudié tout d'abord par LEMOINE et LINOSSIER à l'aide du Polygraphe de MAREY, et dans ces dernières années par différents auteurs à l'aide de la radioscopie.

Les études à l'aide du Polygraphe ont fait assimiler le mécanisme de la rumination chez l'homme à celui de la rumination animale décrit de la façon suivante par CHAUVEAU et TOUSSAINT :

« Les aliments bien délayés sont appelés du côté

« de l'œsophage par la raréfaction de l'air dans la « cage thoracique, raréfaction causée par l'occlusion « de la glotte et une contraction très brusque du dia « phragme. Lorsqu'il y a un bol suffisant dans l'œso « phage, le pilier droit du diaphragme se contracte, « les mouvements antipéristaltiques de l'œsophage « amènent le bol alimentaire dans la bouche. »

Lemoine et Linossier ont retrouvé chez l'homme la succession exacte des mêmes phénomènes :

« Dans une première période, le diaphragme « s'abaisse brusquement et la glotte se ferme. Il en « résulte trois choses : 1° Dans la cavité thoracique « se produit un vide relatif sous l'influence duquel « l'air extérieur vient distendre l'œsophage.

« 2° L'extrémité de l'œsophage est attirée en bas « et il se trouve avec le pharynx transformé en un « tube droit, rigide et distendu par l'air.

« Dans une deuxième période entrent simultané- « ment en jeu deux groupes de muscles :

« 1° Les muscles inspirateurs se contractent et « dilatent fortement le thorax, le diaphragme restant « abaissé. Il en résulte, la glotte restant toujours fer- « mée, une augmentation du vide intrathoracique.

« 2° Les muscles abdominaux accentuent la com- « pression de l'estomac. Sous la double influence de « cette compression et de l'appel de l'air fait dans « l'œsophage par le vide intrathoracique, le bol ali- « mentaire est lancé brusquement vers la bouche à « travers l'œsophage transformé en tube rigide. »

(Lemoine et Linossier).

Ainsi donc l'analogie serait complète entre la rumination animale et la rumination humaine. Il semble bien, en effet, que cela soit exact pour un grand nombre de cas, mais non pour la totalité.

Lemoine et Linossier ne donnent que ce mécanisme, mais il faut déjà retenir contre lui que le Professeur Blanchart dit n'avoir jamais remarqué la moindre contraction de ses muscles abdominaux, que Bourneville et Seglas n'ont jamais pu observer cliniquement cette inspiration initiale qui se manifesterait par la dilatation du thorax et l'abaissement du diaphragme.

La radio, d'autre part, paraît bien avoir montré qu'il existe au moins un mécanisme différent de celui qu'ont décrit les auteurs précités. Cela n'a rien d'étonnant si l'on songe à la très grande variété d'aspects qu'offrent les cas de mérycisme et à leurs causes diverses.

RADIO

Nous publierons entièrement quatre études radioscopiques.

A) Celle de Mac Norton, par le Dr Desternes.

B) Celle de Roginski, par le Dr Charlier.

C) Celle de l'enfant Calmels (Observation VIII).

D) Celle enfin (qui nous est personnelle) du mérycole dont nous avons donné plus haut l'histoire, Charles H.

EXAMEN DE MAC NORTON (*Beaujon* 1911)
Dr DESTERNES

Le sujet étant examiné à jeun, l'écran nous montre un

thorax normal avec cœur un peu gros, diaphragme gauche un peu plus bas qu'à droite, ce qui est normal. La poche gazeuse gastrique est très atténuée, à peine visible, arrondie, de la dimension d'une pièce de un franc.

1° — Mais, particularité remarquable, l'estomac est déjà en partie visible sur l'écran ; une zone opaque, obliquement transversale, en avant de la troisième lombaire, marque la région pylorique. Les parois sont, dans ces régions, suffisamment épaissies pour en rendre visible le contour.

2° — Ingestion d'un cachet de bismuth : le cachet s'arrête au niveau de la portion sus-tubulaire et une gorgée d'eau ne le fait pas descendre ; le cachet s'effrite, une traînée de bismuth s'engage dans la portion tubulaire, subit quelques mouvements de descente et d'ascension, puis demeure immobile ; l'estomac est vide et ses parois sont accolées, il est comme normal. Mais la résistance à l'entrée de la portion tubulaire est plus marquée que d'ordinaire.

3° — Ingestion de 125 gr. de lait bismuthé. L'estomac se dessine nettement : il est petit (13 cm. de hauteur), obliquement dirigé de haut en bas et de gauche à droite, avec une portion prepylorique horizontale. Le niveau du liquide est haut situé, le point le plus déclive est à 3 cm. au-dessus de l'ombilic, le pylore sur le flanc droit de la colonne vertébrale ; nous avons l'image d'un estomac normal, intermédiaire entre les types hyper et orthotonique. Deux particularités à noter : la partie prépylorique est marquée d'un large sillon la séparant du reste de l'estomac ; il y a donc là une musculature assez puissante formant un anneau de constriction qui protège le pylore, de même qu'il existe à l'extrémité supérieure de la portion moyenne un épaississement notable des parois, déjà constaté dans l'examen avant toute ingestion de bismuth.

4° — 400 gr. de lait bismuthé ; l'estomac conserve sa forme oblique, le niveau du liquide demeure à la même hauteur, la portion moyenne et surtout la portion infé-

rieure se sont élargies et abaissées ; le bas-fond est au niveau de l'ombilic, la région pylorique fait un coude presque à angle droit avec le reste de l'estomac ; l'estomac s'est adapté à son contenu et sa forme répond au type le plus normal, orthotonique ; une ondée bismuthée a pénétré dans le jejunum ; la hauteur totale de l'estomac est de 17 cm. au maximum.

5° — Nous demandons à Mac Norton de contracter son estomac pour renvoyer le liquide dans la bouche et le radiographions pendant la contraction : le thorax et le diaphragme demeurent immobiles, *les parois abdominales ne sont pas contractées, le fond de l'estomac n'est pour ainsi dire pas modifié, la contraction se fait sur place, un spasme de la région prépylorique chasse le liquide dans la portion sus-tubulaire et la contraction de celle-ci le pousse dans l'oesophage ;* en même temps, quelques fusées vont remplir l'intestin grêle, chassées en arrière par la contraction de la région prépylorique.

6° Mac Norton déglutit trois litres d'eau et nous le radiographions à nouveau. Le bismuth s'est tassé dans les parties les plus déclives mais laisse néanmoins les contours assez nets pour nous renseigner sur la forme de l'estomac. L'estomac s'est considérablement élargi transversalement, mais ne s'est pas abaissé ; le bas-fond, en s'étalant, semble, au contraire, s'être relevé d'un centimètre ; l'estomac remplit tout l'hypocondre gauche, le bord inférieur s'étend obliquement de gauche à droite en suivant une direction légèrement descendante, passe en avant de la troisième lombaire, s'étend jusqu'à 10 cm. au-delà de la ligne médiane, remonte presque verticalement jusqu'au pylore, qui est à 7 cm de la colonne vertébrale. Le bulbe du duodénum est nettement visible. Le bord de l'estomac est largement ondulé, ce qui prouve que, malgré sa distension, il demeure en état de contraction.

Conclusion. — Estomac de forme normale, s'adaptant

parfaitement à son contenu, doué d'une tonicité et d'une élasticité remarquables, d'une musculature puissante, renforcée au niveau des régions sus-tubulaires et prépylorique, possédant enfin à un très haut degré la contractilité antipéristaltique spontanée et volontaire.

EXAMEN DE ROGINSKI, PAR LE Dr CHARLIER

Forme et dimension de l'estomac. — L'examen à l'écran, pratiqué le 4 juin 1921, montre que tout ce que déglutit notre sujet traverse l'œsophage sans s'y arrêter et pénètre dans l'estomac.

Pour étudier la forme et les dimensions de la poche gastrique, il eut été logique de l'examiner d'abord à jeun, puis d'y introduire des quantités croissantes de liquide opaque.

Malheureusement, je n'ai pu conduire mes recherches comme je l'aurais voulu, M. Roginski, qui n'hésite pas à avaler du pétrole et des animaux vivants, redoutait d'ingérer l'émulsion barytée malgré mes affirmations de sa complète innocuité. Il a tenu à commencer par avaler de grandes quantités d'eau, à en rendre, à en avaler de nouveau, de sorte qu'au début de l'exploration son estomac en était rempli, le niveau étant à quelques centimètres au-dessous du diaphragme, surmonté d'une assez considérable chambre à air. Il procéda tout d'abord à l'ingestion et à la restitution de corps solides, puis il finit par consentir à absorber 250 gr. de gélobarine en suspension dans 250 cm. cubes de solution de gomme à 20 pour mille.

Voici ce que le Dr Farez et moi constatons alors : l'émulsion se mélange immédiatement à l'eau ingérée auparavant et dessine les contours d'un estomac très dilaté. J'ai l'impression qu'il contient au moins trois litres de liquide plus une chambre à air considérable. Sa hauteur, mesurée orthodiagraphiquement, est de 23 cent. 1/2 ; sa largeur, vers la partie moyenne, 6 cent. ; sa largeur maxima, vers le bas-

fond, 10 cent. 1/2. Sa partie inférieure est portée vers la droite. Le pylore est à plusieurs centimètres au dehors de la colonne vertébrale.

Des contractions péristaltiques énergiques parcourent la grande courbure et chassent le liquide opaque à travers le duodénum, dont le siège et la forme sont classiques.

Les contractions volontaires de la paroi abdominale font remonter le bord inférieur de 6 centimètres environ.

Une radiographie est prise aussitôt après l'absorption de la baryte, dans l'état de repos des muscles abdominaux.

Une seconde, prise 10 minutes après, dans l'état de contraction, montre l'ascension de la partie inférieure, et, en même temps, montre qu'une assez forte proportion de la baryte a quitté l'estomac et se trouve dans l'intestin grêle.

Mode de remplissage. — La traversée de l'œsophage par le liquide opaque ne présente aucune particularité.

La traversée par des objets solides est étudiée ainsi qu'il suit : dans le fond d'un doigtier en caoutchouc, on met du carbonate de bismuth ; la partie vide est enroulée autour, enveloppée d'une feuille de baudruche ficelée par un fil, on a ainsi un paquet presque cylindrique ayant à peu près la forme et le volume d'une graine d'arachide (vulgo cacahuète) ; on en fait trois de dimensions un peu différentes.

Avec l'aide de quelques gorgées d'eau, les paquets sont avalés successivement. Ils descendent lentement. Le sujet sent quand ils s'arrêtent, quand ils reprennent leur marche, quand ils pénètrent dans l'estomac. Chacun de nous, d'ailleurs, a des sensations de ce genre quand, par inadvertance, il déglutit une bouchée trop grosse.

Pour des raisons exposées plus haut, nous n'avons pu étudier, comme nous l'aurions désiré, le mode de remplissage de l'estomac ; étant donné la vigueur de ces contractions, il est probable que nous aurions constaté qu'il se moule exactement sur n'importe quelle quantité de liquide, petite ou grande, si le sujet s'était prêté à cette recherche.

Mode de restitution des liquides. — Le liquide est rendu sous une pression forte et continue, en un jet que M. Roginski dirige adroitement vers une cuvette ou un seau placé à un mètre ou plus de lui ; on croirait voir des jets d'eau que lancent les dauphins des fontaines publiques.

Ce retour se produit sous l'influence de l'action combinée de la contraction du diaphragme et des muscles abdominaux, on s'en rend compte en observant le sujet.

Vient-il s'y surajouter des contractions des parois stomacales. Cela ne me paraît pas douteux. Chez les malades que nous examinons, nous voyons habituellement les ondes péristaltiques devenir plus fréquentes et plus énergiques au moment où ils contractent leur sangle abdominale pour faire ventre creux. Chez notre sujet, nous voyons le même phénomène se produire. Mais ici, vraisemblablement, la contraction des parois n'a pas pour effet de pousser le liquide opaque vers le duodénum. Elle doit plutôt, conformément à ce qui se passe dans le vomissement, ouvrir le cardia et chasser le liquide vers l'œsophage. Le pylore doit être fermé. Je n'ai pas vu le liquide le franchir au moment du retour du liquide. Cependant, je n'oserais pas insister sur ce point, n'ayant pu prolonger la recherche aussi longtemps qu'il aurait été nécessaire.

Le cardia et l'œsophage ne jouent dans le retour des liquides qu'un rôle passif, se contentant de ne pas s'opposer à la sortie des liquides.

Mode de restitution des objets solides. — Dans un premier temps, l'objet sort de l'estomac pour rentrer dans l'œsophage. Nos petits sacs de baudruche flottent à la surface du liquide. Plaçant le sujet en oblique antérieure droite, nous voyons que sous l'influence des contractions, ils se rapprochent du cardia. Tout à coup, l'un d'eux est projeté dans l'extrémité inférieure de l'œsophage ; il retombe dans l'estomac ; il est projeté une seconde fois et le cardia se referme derrière lui. A ce moment, le rôle des contractions

abdominales est terminé. Dans le deuxième temps, l'objet remonte du cardia dans la bouche. Notre petit sac parcourt ce trajet avec régularité, lenteur, en 10 secondes environ, sans effort apparent du sujet, sous l'influence des contractions antipéristaltiques de l'œsophage. Finalement, il apparaît dans la bouche entr'ouverte de l'opérateur.

Il me paraît que notre méryciste trouve dans le remplissage au maximum de sa poche stomacale une condition favorable pour la réussite de ses expériences. La contraction des muscles abdominaux produit évidemment ainsi plus facilement son effet ; et, d'autre part, le niveau du liquide est plus voisin du cardia. M. Roginski s'en rend probablement compte puisqu'il boit une grande quantité d'eau « pour faire son plein » avant de commencer et aussi au cours de ses expériences pour remplacer l'eau qu'il rend par la bouche ou qui s'échappe par le pylore.

Ceci s'applique à la restitution des liquides et aussi à la restitution des objets solides.

Pour les objets solides, il me paraît de plus très favorable qu'ils flottent à la surface de l'eau, on en comprend aisé le pourquoi. Ceci n'a d'ailleurs rien d'absolu puisque M. Roginski fait revenir des poissons vivants et puisque, même en dehors des mérycistes très entraînés, beaucoup de personnes régurgitent spontanément soit des fragments d'aliments indigestes, soit de petites pierres avalées avec la nourriture.

Comment le sujet reconnaît-il, parmi les différents objets contenus dans son estomac celui qu'il en doit extraire ? Il déclare qu'il n'en sait rien et qu'il est guidé par une sorte d'instinct. Notons qu'il éprouve plus de difficultés à faire revenir nos petits sacs de bismuth qu'à ramener les noisettes ou les billets de banque. Il est, en conséquence, possible que le sujet reconnaisse plus ou moins nettement le corps soit à la résistance opposée à son passage par le cardia, soit à la sensation qu'il procure à la partie infé-

rieure de l'œsophage. Sentant qu'il tient le corps désiré, il fait un effort qui détermine la fermeture du cardia et les contractions antipéristaltiques de l'œsophage.

Je propose cette hypothèse pour les petits corps flottants à la surface du liquide, ayant vu comment notre sujet les restitue. Je ne sais si elle peut être envisagée pour la restitution des poissons vivants, n'en ayant pas vu faire.

En résumé, l'observation de notre méryciste m'a permis de faire les constatations suivantes : Les liquides et les objets avalés s'accumulent dans l'estomac qui est de grande dimension, avant d'en remonter au commandement.

Le retour des liquides s'effectue en un jet puissant et régulier, sous l'influence des contractions des muscles abdominaux.

Le retour des solides s'effectue en deux temps ; les contractions abdominales les projettent dans l'œsophage, puis le cardia se ferme et les objets remontent sous l'action des contractions antipéristaltiques de l'œsophage.

Le remplissage au maximum de l'estomac paraît une condition favorable pour le retour des liquides et des solides. Pour le retour des solides, une autre condition favorable est qu'il flottent à la surface du liquide.

Il est possible que le sujet reconnaisse les solides d'après le degré de la résistance que leur oppose le cardia et d'après la sensation qu'ils procurent à la partie inférieure de l'œsophage.

EXAMEN DE L'ENFANT CALMELS PAR LE Dr CAIN

L'enfant a pris un repas opaque à midi et demi. Il est examiné à 5 heures 30 de l'après-midi ; à ce moment, l'estomac est évacué ; la substance opaque remplit le dernier segment de l'iléon, le caecum, l'ascendant et le transverse (sauf la toute dernière portion du transverse). L'angle splénique est distendu par les gaz. La poche à air gastrique est de dimension moyenne.

Un deuxième repas opaque est donné à l'enfant, sous le contrôle de l'écran. L'estomac orthotonique se remplit d'une façon normale. Sa direction est oblique de gauche à droite. Il ne se laisse pas distendre par son contenu, ses deux courbures restant parallèles dans toute leur étendue. L'estomac est mobile et non douloureux à la palpation. Aucune onde péristaltique ne se produit ; sous l'influence d'une pression manuelle énergique, des contractions se produisent, mais elles n'aboutissent pas à faire passer la substance opaque dans le duodénum. Il faut un massage léger du pôle inférieur de l'estomac pour obtenir se passage.

Les efforts de régurgitation faits par l'enfant restent sans résultat. On observe, au cours de l'examen, deux *petites* régurgitations involontaires. Le séjour du repas opaque dans l'estomac amène la sécrétion d'une petite quantité de liquide gastrique, qui apparaît à la partie supérieure du repas opaque. Une parcelle de substance opaque flotte à la surface de ce liquide et se trouve ainsi facilement régurgitée lorsqu'une partie du contenu gastrique passe dans l'œsophage.

On observe aussi au cours de l'examen des contractions en masse du pôle inférieur de l'estomac ; celui-ci se resserre et sous l'effet du resserrement, la substance opaque remonte jusque sous le diaphragme en faisant disparaître momentanément la poche à air. Cet élément spasmodique de la région pylorique et prépylorique est de nature à expliquer le mécanisme des régurgitations.

EXAMEN DE CHARLES II. (Inédit)

L'examen se pratique tout d'abord à jeun et ne montre rien de particulier, ni stomacal, ni autre. Thorax normal ; cœur et poumons normaux.

1° On fait absorber au sujet 125 grammes de bouillie opaque. Cela permet de faire apercevoir un estomac petit, non

distendu par le liquide, dirigé obliquement de gauche à droite, mobile et non douloureux.

L'absorption d'une plus grande quantité de gélobarine montre que l'estomac s'adapte toujours parfaitement à son contenu, et que presque immédiatement après l'ingestion débutent des ondes péristaltiques qui chassent une petite quantité de la bouillie dans le duodénum.

On demande à Charles H... de renvoyer au dehors son contenu stomacal. On observe une contraction en masse du pôle inférieur de l'estomac qui chasse la gélobarine vers le cardia en remplissant toute la poche à air. Cette contraction en masse, renforcée par des mouvements antipéristaltiques extrêmement profonds et rapides, permet un rejet de la masse bismuthée continu et régulier.

NOUS NOUS SOMMES ASSURÉS A PLUSIEURS REPRISES QUE PENDANT TOUTE CETTE MANŒUVRE LES MUSCLES ABDOMINAUX ÉTAIENT ABSOLUMENT FLASQUES ET NON CONTRACTÉS ET QUE LE DIAPHRAGME ÉTAIT RESTÉ EN SA POSITION NORMALE.

Mais si nous demandons à Charles H... de précipiter le rejet de la masse opaque, de le faire en quelque sorte d'un coup, il s'aide de sa paroi et de son diaphragme en un mécanisme alors comparable à celui de ROGINSKI.

2° Nous faisons ensuite absorber à Ch. H... deux objets métalliques de forme différente : un sou et un dé à coudre.

L'ingestion se fait l'estomac entièrement vide. Notre sujet ayant eu l'amabilité, pour nous permettre la suite de l'examen, de procéder devant nous et par ses propres moyens à un véritable lavage d'estomac, qui entraîne les particules de Bi laissées sur sa paroi par la première partie de la séance.

On constate que les corps solides descendent dans l'œsophage parfaitement sentis par Ch. H..., qui indique à peu près exactement le niveau auquel ils se trouvent, et qui peut, à volonté, arrêter ou faire reprendre leur descente. Ainsi ils sont réunis par lui dans la portion sus cardiaque, sans passer immédiatement dans l'estomac.

Cependant, il lui est impossible de les faire remonter dans sa bouche sans qu'ils soient descendus dans sa poche gastrique. Aussitôt dans celle-ci, ils tombent à peine et sont ramenés bientôt au niveau du cardia par des mouvements antipéristaltiques et sont, en quelque sorte, malaxés un certain temps devant l'orifice et remontent avec régularité et lenteur jusqu'à la cavité buccale.

Or, l'objet qui s'engage est presque toujours (dans la proportion de 4 fois sur 5) celui que désire Ch. H.

Il ne sait pas comment cela se fait, mais il faut bien admettre, étant donné la constance du phénomène, qu'il y a là une sensibilité spéciale inconsciente mais réelle de la région péricardiaque.

D'ailleurs, cette faculté de pouvoir indiquer où se trouvent les objets dans l'œsophage, de pouvoir les maintenir au-dessus du cardia, est également un mode de cette sensibilité qui n'est pas niable. La théorie du choix buccal de M. Farez ne semble vraiment pas pouvoir être soutenue devant de tels faits.

3° Nous recommençons l'expérience précédente en faisant ingérer une certaine quantité de gélobarine très diluée. Nos objets tombent au fond. La contraction en masse, les mouvements antipéristaltiques recommencent avec vigueur tandis que l'abdomen et le diaphragme ne prennent encore aucune participation à ce qui se passe. Ces mouvements péristaltiques sont si profonds que les deux parois stomacales semblent venir au contact et pousser vers l'œsophage une masse opaque véritablement emprisonnée. Malgré cela le fait de ramener près du cardia des corps non flottants est pénible et c'est alors que pour faciliter son effort, Ch. H... abaisse son diaphragme et contracte ses muscles abdominaux tout comme le fait Roginski.

Au contraire, les objets flottants sont ramenés avec la plus grande facilité. M. Charlier dit, dans l'étude citée plus

haut : « Il me paraît que notre méryciste trouve dans le remplissage de sa poche stomacale au maximum une condition favorable à la réussite de ses expériences. »

Il faut, pour Ch. H..., et sans doute aussi pour Roginski, distinguer entre objets flottants et non flottants. Pour les premiers, le remplissage maximum est souhaitable ; pour les autres, au contraire, il est nuisible.

***

En résumé, si nous considérons ces quatre études radiologiques, que pouvons-nous conclure ?

De l'étude de M. Charlier sur Roginski il se dégage évidemment que le mécanisme du mérycisme de son sujet est celui décrit par Lemoine et Linossier, et que ce sont les mouvements de la paroi abdominale et du diaphragme qui ont la plus grande part dans la marche du phénomène.

Au contraire, si nous examinons l'observation de l'enfant Calmels, l'étude de M. Desternes et la nôtre propre, il ressort que les mouvements antipéristaltiques et la contraction en masse du pôle intérieur de l'estomac jouent ici le premier rôle.

Il existe donc, contrairement à ce qui a été décrit, deux mécanismes différents : l'un, connu depuis long temps et analogue à celui de la rumination animale, l'autre révélé par la radio et qui nécessite des facultés de mobilité et de sensibilité stomacales inconnues chez l'homme normal.

Il est, en effet, extraordinaire de voir un sujet capable, non seulement de distinguer les objets avec sa bouche cardiaque, mais encore de pouvoir mobiliser son estomac à sa guise sans participation de la paroi abdominale et du diaphragme. Il y a là deux fonctions qui sont tout à fait en dehors de ce que nous connaissons des possibilités de l'innervation stomacale. Nous avons interrogé par les différentes épreuves que nous avons à notre disposition le Sympathique et le Pneumo-gastrique de Charles H... Elles ne nous ont donné que des résultats normaux, et en réalité il ne nous est pas possible de savoir au juste comment et pourquoi ces deux fonctions existent et si l'estomac de notre sujet reçoit une autre innervation que normalement. Il faudrait peut-être pour cela, dans l'état actuel de la science, un examen direct qui nous montrerait l'aspect du système nerveux de cet estomac. Dans cet ordre d'idée, nous ne trouvons rien ni dans un sens, ni dans un autre, dans les recherches antérieures. Ce n'est pas que les nécropsies n'aient pas été pratiquées dans le mérycisme, mais c'est sans doute un point qui n'était pas examiné par les auteurs, et la seule chose que nous leur devons c'est de savoir « que, « les autopsies n'ont en réalité jamais rien montre « d'anormal dans la conformation des individus « atteints de mérycisme, que l'estomac est toujours « unique, la cavité simple, sans diverticulum, ni rétré- « cissement, et que la dilatation est peut-être l'état « que l'on a le plus fréquemment observé ».

Cette question de propriétés de sensibilité et de

mobilité qu'ont certains estomacs reste donc entière. Il faut souhaiter qu'elle soit un jour résolue. Malheureusement les sujets sont rares, et il est même tout à fait exceptionnel d'en rencontrer qui soient aussi parfaits que les mérycoles que nous avons cités.

CHAPITRE X

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du mérycisme idiopatique est toujours à peu près évident. Nous n'en discuterons pas.

Dans les cas de mérycisme dyspeptique, étant donné que les malades rejettent très souvent leurs aliments hors de leur bouche quand ceux-ci remontent, il convient d'éliminer le vomissement. Nous avons déjà dit longuement quelles en étaient les différences.

Ce qui importe surtout d'ailleurs, c'est le diagnostic étiologique. C'est pour le faire qu'on multipliera radio, tubage à jeun et après repas d'épreuve, etc... L'étude du chimisme gastrique avait été autrefois très étudié parce que l'on croyait qu'il y avait un chimisme spécial qui correspondait à la rumination. En réalité, il n'en est rien, et celui-ci n'a de valeur que pour la recherche de la cause.

Chez les enfants, on éliminera la régurgitation simple si fréquente : la quantité d'aliments rejetés est très minime, il n'y a pas de deuxième mastication, etc.

Chez les idiots songer au simple mâchonnement.

Dans l'aérophagie éliminer l'éructation ayant entraîné quelques particules alimentaires.

Enfin, dans tous les cas, deux diagnostics devront être soulevés, ce sont : les sténoses œsophagiennes avec vomissements œsophagiens et les diverticules de l'œsophage.

L'histoire et les commémoratifs de la sténose œsophagienne font faire aisément le diagnostic.

Le diverticule de l'œsophage au contraire peut aisément tromper. Les caractéristiques du mérycisme : régurgitation lente, fractionnée précédant une deuxième mastication, pourront servir à la discrémination dans les cas typiques, mais dans ceux où il n'y a qu'une seule régurgitation, que celle-ci soit brutale et que le malade rejette ses aliments au dehors, le diagnostic pourra errer. Aussi faudra-t-il toujours, en présence d'un mérycole, faire pratiquer les examens œsophagoscopiques et radioscopiques qui lèveront tous les doutes.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT

Le mérycisme idiopatique est une de ces maladies dont on se demande si l'on doit essayer de les guérir. Nous avons vu que tous ceux qui avaient étudié la question sont d'accord pour proclamer l'inopportunité et même le danger de la brusque suppression de cette infirmité dans les cas où les inconvénients pour le malade sont minimes, ce qui est la règle.

On se bornera donc à des règles hygiéniques et l'on conseillera aux malades de ne pas manger gloutonnement, de réduire leur alimentation et de bien mâcher.

Pour tous les autres cas, on pourra s'adresser à la cause, sans oublier qu'il y a toujours un fonds nerveux qu'il ne faut pas négliger. Lorsque le mérycisme a, pour point de départ, un état dyspeptique net, une aérophagie, il est évident qu'il faut traiter ces affections par les moyens appropriés.

Chez les névropathes, le traitement de la névrose s'impose. En améliorant l'état général, en diminuant l'excitabilité anormale du système nerveux en traitant s'il y a lieu les quelques touches dyspeptiques qui

peuvent exister, on pourra donner au mérycisme moins de chance de se produire.

En cas de rumination volontaire, il s'agit, en somme, de supprimer une habitude vicieuse en mettant en œuvre des procédés en rapport avec l'état intellectuel du malade.

Chez les enfants il faudra, quand ils seront petits, employer tous les moyens hygiéniques pour régulariser leur système stomacal et calmer leur système nerveux (nous avons donné au « mérycisme des enfants » une série d'ordonnances de M. Comby qui peuvent servir de type).

Quand ils seront plus grands, ce sera une éducation à faire ou à refaire par les remontrances, les punitions, la suppression des mauvais exemples.

On n'oubliera pas que, chez les hystériques, la suggestion peut avoir une importance considérable, et on recourera à cette pratique chez tous les malades qui seront susceptibles d'en bénéficier.

CONCLUSIONS

1° En résumé, le mérycisme est une névrose du tube digestif qui apparaît en clinique sous des aspects idigestif qui apparaît en clinique sous des aspects extrêmement variés, mais réunis les uns aux autres par une modification de l'équilibre nerveux, parfois évidente (comme chez les fous et les idiots), parfois non apparente à première vue, mais qui cependant, pour peu qu'on la recherche, peut être mise en valeur dans tous les cas.

2° Nous avons distingué les mérycismes Idiopatique, des dyspeptiques, des aérophages, des fous, des idiots, des enfants. Constamment, dans le mérycisme idiopatique, et très souvent dans le mérycisme des fous et des idiots, la rumination est le seul trouble qu'on puisse constater sur le tube digestif. Au contraire, dans la majorité des cas, on trouve une sorte d'épine irritative (dyspepsie, aérophagie) qui oriente en quelque sorte vers l'estomac l'influence du système nerveux.

3° Cette affection peut se rencontrer à tous les âges de la vie. Chez l'enfant elle est relativement fréquente, son pronostic est assez bon, et avec l'aide du traite-

ment elle peut disparaître plus ou moins rapidement. Chez l'adulte elle est un peu plus rare, mais beaucoup plus tenace et les guérisons ne sont pas nombreuses.

4° Son mécanisme a été étudié à l'aide du Polygraphe de MAREY et de la Radio. On en a conclu qu'elle pouvait se produire suivant deux modes différents, l'un qui imite parfaitement celui de la rumination animale, l'autre, qui suppose une innervation volontaire du muscle stomacal.

5° Certains individus, le plus souvent mérycoles de naissance, ont su discipliner à tel point leur estomac qu'ils ont pu se produire en public comme attraction et réaliser des tours basés sur le fait qu'ils peuvent, après avoir avalé des objets divers, ramener au commandement celui qu'on désire.

Ils peuvent donc faire un véritable choix dans leur poche gastrique et la radio a montré que c'était au nvieau de l'orifice cardiaque que s'accomplissait la discrimination.

Vu Bon à imprimer
Le Président de Thèse,
LEJARS.

Vu et PERMIS d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. LAPIE.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

Aggazzotti. — Bertrag zur Kenntnis der Rumination. *Arch. f. d. ges, Physiolog.*, Bonn, 1910. C. XXXIII, 201-224.

Alt. — *Berlin. Klin.* Wochens, 1888.

Armingaud. — Th. de 1867, Paris. *Essai sur la rumination humaine.*

Arnold. — *Untersuchungen im Gebiet der Anat. und Phys.* Zurich, 1838. T. I, p. 211.

Aschenheim. — Rumination und Pyloro Sapsmus. *Ztschr. f. Kunderh.* Berlin, 1913. Orig. VIII, 161-166.

Backlm. — Einige Bermerkungen über das Regurgitieren. *Arch. f. Verdauungskr.* Berl., 1899, v. 326-335.

Bamberger. — Virchow's Handbuch der sepc. *Path. und Therap.* 1855, bVI, part. II, p. 155.

Bandera. — *Un nuovo caso de mérycismo Gac. med.* Mexico, 1887. XXII, 480-483.

Th. Bartholinus. — *De unicornu observationes novæ.* Patavii, 1645.

Batchelor. — *Of. a cases of Rumination with. suggestions to treatment Am. J. Dis Child.* Chicago, 1919, XVII, 43-64.

Beauchant et Bessonet. — Mérycisme chez une enfant de 6 mois ; guérison par le suc. gastrique de porc. *Poitou med.* Poitiers, 1909, XXIV, 51.

Berard. — *Cours de Physiologie*, T. II.

Biagio. — Eruttazione e mericismo ; loco . genesi e meca-

nismo. *Ann. di Ippocrate.* Milano, 1908-1909, III, 453-455.

Blanchart (Raphaël). — Rumination et Mérycisme. *Dictionnaire de Méd. et Chirurgie pratique*, (Dict. Jaccond), 1882, t. XXXII.

Blumenbach. — *Handb. d. verg. Anatomie.* Gœttingen, 1824. — *Froriep's Notizen*, t. XLV, page 337.

Boas. — *Berlin. Klin.* Wochens, 1888.

Boeckler. — in Fall von Ruminatio humana mit wechselndem Magenchenusmus. *Med. Klin.*, Berl. 1908, IV, 1273-1275.

Bojanus. — *Ztschr. d. Berlin. Ter. homöop.* AErtze, 1892, t. XI, p. 93.

Bonetus. — *Sepulchretum Sive anatomia pratica.* Genève, 1.700, t. IV.

Bouchaud. — *Jour. des sc. méd. de Lille*, 1893.

Bourneville et Seglas. — *Arch. de neurol.*, 1893. Du mérycisme.

— *Mémoire sur la condition de la bouche chez les idiots.*

Bouveret. — *Traité des maladies de l'estomac.*

Bracci. — Azione del l'Atropina sulla secrezione cloridrica in un caso di mericysmo. *Clin. Méd.* Pisa, 1904, Y, 99-102.

Brockbank. — Four cases of Rumination in man. *Méd. Chron.* Manchester, 1908-1909, XLIX, 306-310.

Bruegel. — Ueber Ruminatio humana. München. *Med. Wchnschr.*, 1908, XXXIV, 2382-2383.

Bruner. — O Zwracanin i przeznevanin pokarmow (regugitatia et ruminatio seu merycismus). *Medycyma Warszawa*, 1894. XXII, 45-48.

— *Medyajna Warszawa*, 1894, t. XXII, p. 45-48.

Bruning. — Bertrag zur Kenntnis des Wiederkanens im Saugligsalter. *Arch. f. Kmerh Stuttg.* 1913, IXIXI, 116-131.

Bryand. — *Biblioth. méd.*, t. LII.

Bushuyeff. — *Zhwachka u chelovieka.* Vrach. St-Pétersb., 1891, XII, 356-361.

Buxton. — *Dissert. enarr. ruminat. humanœ casum.* Gœttingen, 1802.

Cambay. — Th. de 1830, Paris. *Sur le mérycisme et la digestibilité des aliments.*

Cautarano. — *La psych.* Naples, 1885.

Cascella. — La Ruminatione nel l'uomo. *Riformia med.* Roma, 1901, XVII, p. 302-306.

— Also *Riv. Sper. di Fremat Reggio Emilia*, 1902, XXVIII, 323.

Casper. — *Wochensch. f. d. Heilkunde.* 1835, p. 616.

Charlier. — *Société de radiologie*, 14 juin 1921.

Chatelet. — *Gaz. des Hôp.*, 1863.

Chauveau et Toussaint. — *Archives de Physiologie*, 1875.

Coenen. — Over Ruminatie bif. Kleïne Kunderen. Nederl. *Maandschr. v. verlosk.* Leiden, 1918, VI, 548-554.

Comby. — Rumination chez les enfants. *Archives de méd. des enfants.* Paris, 1912, XV, 766-770.

Copland (J.) — *Bull. méd.*, t. LXXIV, p. 417.

Corstenn. — *Dissertatio ruminationis.*

Cristiani. — *Riv. sper. di feniat.* Reggio Emilio, 1892, t. XVIII, p. 131-137.

Curschamnn. — *Die konstitutionnelle Anlage bei der Entstehung der Rumination.*

Decker. — *Münch. med. Wunsch.*, 1892, t. XXXIX.

Dehio. — Saint-Pétersb., *Méd. Woch*, 1888, n° 1.

Delmas. — *Annales de la société de médecine de Montpellier*, 1807, t. IX, p. 289.

Desterues. — *Société de Médecine de Paris*, 1911.

De Vries. — *Merycisme Indian.* M. Rec. Calcutta, 1896, X, 257.

D'Ewart. — *A note of case of mericym.* Lancet. L., 1912. II, 295.

Dromart. — Un cas de merycisme chez une démente précoce. *Ann. méd. psychol.* Paris, 1904, 8, s. XX, 267-273.

Ducasse. — *Froriep's Notizen*, t. XLVII, p. 95.

— De la rumination chez l'homme. *Mémoire de l'Académie des Sciences et Lettres de Toulouse*, t. III, 1834.

Dufour. — Merycisme consécutif à un traumatisme de la région de l'hypochondre gauche. Expertise médico-légale. *Ann. d'hygiène.* Paris, 1897, 3s. XXXVIII, 556-562.

Dumur. — Th. de Berne, 1859. *De la paralysie de cardia ou merycisme.*

Duvivier. — Notes sur un cas de mérycisme. (*Echo méd. du Nord.* Lille, 1900, IV, 90).

Eason. — A case of rumination Tr. *Ann. Pediat. Soc.* Chicago, 1921, XXXIII, 351.

Ederman. — *Kerodzes esete* (a case of merycismus) *orvosi netil.* Budapest, 1893, XII, 486.

Einhorn. — *Med. Record.* N. Y., 1890. Rumination in man.

Elliotson. — *Froriep's Notizen*, t. XLV, p. 337.

Ewald. — *Klin. d. Verdauungskrankheiten*, 1893.

Fabrice d'Aquapendente. — *De Gula, ventriculo, intestinis.* Padoue, 1618.

Farez. — Un meryciste avaleur de grenouille. *Revue de psychothérapie.* Janvier, 1912.

— Ui meryciste avaleur de grenouilles. *Brochure Maloine*, 1912.

— *Revue de Psychotérapie*, juin 1914.

— *Courrier médical*, 3 juillet 1921.

Ferramini. — Un caso di mericysmo. *Riformia med. Roma*, 1902, XVIII, pt. 4, 110-116.

— *Un altro caso di mericysmo.* Ibid. 1903, XIX, 1233-1236.

Foa. — Untersuchungen über den mechanismus der Rumination. *Arch. f. d. ges Physiol.*, Bonn., 1910, CXXXIII, 171-200.

Franck (J.-P.). — De curandis niminum morbis epitome, prœlectionibus acad. dicata, t. v. part. II, p. 353. Mannheim, 1807. *Edit. franç.*, Paris, 1820.

Franck (Joseph). — *Præcepta praxeos medicæ universæ.* Leipzig, 1817-1821.

Franz. — Ein Fall von Ruminatio humana. Petersb. *Med. Ltschr.*, St-Pétersbourg, 1913, YYYVIII, 82-8.

Freyhau. — Ein Fall von Rumination. Deutsches, *Med. wchnschr.* Leipz. u. Berl., XVII, 1147.

— Deuts. *Med. Woch.* Leipzig, 1891, p. 17, 1147.

Frondmuller. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1870.

Frus. — *A Few cases of Ruminants. j. Psycho. Asthenics. Raribault. Min*, 190.

Gintrac. — *Fragments de médecine pratique et d'Anatomie pathologique.* Bordeaux, 1841, p. 137.

Gott. — Die Pathogenese der Saughings Rumination *Ztschr. f. Kinderh.* Berlin, 1917. Orig. XVI, 177-183.

Graham. — *Chicago med. exam.*, 1874, p. 118.

Grand. — *Th. de Paris*, 1893.

Graziani. — Considerazioni intorno alla patologia del mericysmo. *Riformia med.*, Napoli, 1898, XIV, p. 3, 436-446.

Gruler. — Rumination in the first year of life. *Ann. j. Dis. Child.*, Chicago, 1917, XIV, 210-218.

Hammond W. A. — *Merycisme.* N.-York, M. 5, 1894, LX, 109, III.

Haller. — *Eléments de physiologie.* Berne, 1764, t. VI, p. 281.

Halliday. — The condition of the gastric secretion in merycysm. *Med. Rec.*, N.-Y., 1893. LII, 48.

Heiling. — *Ueber das Wiedekauen beim Menschen.* Dissert, Nuremberg, 1823.

Hempel. — *Ueber das Wiederkäuen der Menschen.* Dissert, Jena, 1859.

Hille. — *Norsk. magaz.*, 1892, p. 65.

Horst. — *Oper med.*, t. II, p. 171.

Hubbard. — New-York, *Rev.* 1886, p. 122.

Huldschinsky. — Zur Therapie der Rumination in Sauglingsalt. *Ztsche f. Kinderh.* Berl., 1913, Orig. VIII, 367-369.

Hunter Q.-W. — *Merycism. Med. Age.* Detroit, 1906, XXIV, 447-453.

Ihijima. — Ueber die Ruckbeforderung vom Mageninhalt (Rumination). *Zrschr. f. mil. Aerzte.* Tokio, 1913, NO, 44-30.

Johannetten A. — *Norsk. magasin for Lœgevidenskaben.* Kristiania, 1885, p. 261.

Jordans. — *Ueber Rumination beim Menschen mit Neobachtungen über einen Fall derselben.* 8° Bonn, 1890.

Jurgensen. — Berlin. *Klin.* Wochens, 1888.

Klein. — Ein Fall von Rumination Wiederkauen beim Menschen Oesterr. um gar. *Vrtljschr. f. Zahnh.* Wien., 1914, XXX, 197-199.

Kœrner. — *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1883, t. XXXIII, p. 554.

Labbé (Marcel) et Vitry. — *Bulletins et mémoire de la Société Med. des Hôpitaux de Paris.* Séance du 30 juillet 1909, p. 327. Etude d'un cas de diabète grave avec mérycisme.

Launois et Mauban. — Aerophagie tardive avec vomissements pituiteux œsophagiens. *Archives du tube digestif*, 1907, p. 363.

Laureati. — Su di un mericysta. *Pratica d. med.* Napoli, 1903, IV, 65-70.

Lehnerdt. — Zur Kenntnis der Rumination im Sauglingsalter. *Munchen med. Wchnschr.*, 1914, LXI, 1917.

Lemoine et Linossier. — *Revue de Médecine de Paris*, 1894. — *Société de biologie*, 1893.

Lesage-Leven-Barret. — Radioscopie gastrique. Les vomissements du nourrison œsophage. C. R. hebd. soc. de Biol., LXV. *Bulletin gén. de thérap.* CLVII, 25.

Lincoln. — *Eructation, regurgitation, and rumination.* N.-Y. m. j., 1900, LXXI, 424-426.

Lindsay. — *Note on a case of merycism.* Glasgow, m. j., 1910, XXIII, 274.

Linossier. — *Société Médicale de Lyon*, 1893, p. 339.
— *Rev. de Méd.*, 1893.
Loewe. — *Münsch. Med. Wochens.*, 1892, t. XXXIX, p. 474.
Louet. — *Merycisme et dégénérescence.* Th. Toulouse, 1899.
Loewe. — *Deuts. med. Zeit.* Berlin, 1891, t. XII, p. 1091.
Ludwig. — *Ephémérides des curieux de la nature.* An IX et X, observation 160, p. 253.
Luehsinger. — *Arch. f. die gesammt. phys.*, Bd. XXXIV, vers 1860.
Lust. — Ein Fall von Rumination bei einem monate alten Saugling. *Munchen. med. Wchnschr.*, 1911, LVIII, 1532.
— Zur Pathogenese d er Rumination im Sauglingsalter. *Monatschr. f. Kinderh.* Leipz. und Wien., 1911.
Luzatto. — Un caso di merycismo con notevoli alterazioni del chemico gastrico. *Riv. veneta. di sc. med.* Venezia, 1893, XXVI, 116-131.
Mac Kintosr. — *The Lancet.*, 1876, p. 591.
Mayer (Sigmund). — Bewegungen der Verdauungs, etc. *Heemans Handb. d. Physiologie*, t. V, p. 433.
Mayerhofer. — Ein Fall von geheilter Rumination bei einem sieben Monate alten Saugling. *Mitt. d. Gesellschr. f. im. Med. u. Kinderh. in Wienn.*, 1912, XI, 28.
— Zur Therapie der Rumination im Säuglingsalter. *Therap. monatsh.* Berl., 1912, XXVI, 262.
Meyer (J.-P.-A.). — *De ruminatione humana.* Erlangoe, 1899.
Minassian. — A case of merycism. *Med. Rec.*, N.-Y., 1897, LI, 842.
Monti Lorenzo. — *Soc. méd. psych.*, 25 octobre 1880.
Mourad. — A case of rumination in a infant. *Ugeskr. f. læger. Kobenh.*, 1916, LXXVIII, 1646-1652.
Muller. — Bericht über eine Wiederkauerfamilie. *Munchen med. Wchnschr.*, 1902, LXIX, 1293-1296.
— *Noschschrift zu dem Bericht über eine Wiederkauerfamilie Ibid.*, 1503.

Nacke. — Die Rumination ein seltenes und bischer Kaum beachtetes sympton der Neurasthenie. *Neurologie centrabll.* Leipz., 1893, XII, 24.

Nattan Larrier. — Le merycisme. *Gaz des Hôpitaux*, Paris, 1897.

Naecke. — *Neurol. Centralbl.* Leipzig, 1893.

Oser. — Les névroses de l'estomac. *Wiener. mediz.* Baltter, 5 mars 1885.

Ovize. — Un cas de merycisme. *Revue de stomatologie.* Paris, 1909, XVI, 76-78.

Pastore. — *Osservazioni cliniche sul merycismo nei lattantipediatria.* Napoli, 1921, XXIX, 825-31.

Peiser. — *Monatschr. f. Kinderh.* Leipz. u. Wien., 1914, XIII. Orig. 61-68.

Pellegrino. — *Della ruminazione nell'uomo*, Tommasi. Napoli, 1911, Vi, 645-654.

Percy et Laurent. — *Dictionnaire des sciences médicales.* T. XXXII, p. 526, 1819.

Perinetti. — *Med. pract.* Lib. III, Chapitre VIII.

Peter L.-C. — Rumination in a boy of a nine years. *Pediatrics.*, N.-Y. et Londr., 1899. VIII, 70-72.

Petit G. — Un cas de mérycisme chez un dégénéré. *Archives médicales d'Angers*, 1901, V, 114-122.

Peyer. — *Merycologia seu de ruminantibus et ruminatione commentarius*, Bâle, 1685.

Pipelet. — *De vomituum diversis spéciebus accuratius distinguendis*, 1786, Paris.

Pfeiffer. — Ueber menschliches Wiederkuen. *Med. cor bl. d. Wurttemärzte. Ver.* Stuttg., 1903, LXXIII, 413-415.

Pitsch. — Sur un cas de merycisme. *Revue de stomatologie.* Paris, 1909, XVI, 31-36.

Ponsgen. — *Preinschrift.* Strasbourg, 1882.

Poutiot et Moucheau Beaucheant. — Merycisme chez un enfant de 6 mois, guérison par le suc gastrique de porc. *Bul. soc. de pédiatrie de Paris*, 1909, XI, 88.

Presslich W. — Ein Beitrag zur Kentniss des menschlichen Wiederkauens. *Wien. med. wchnschr.*, 1904, LIV, 709, 784, 842, 897, 954.

Ratier. — *Journal universel et hebdomadaire de med.* T. XIII, p. 184, 1833.

Raviart et Caudron. — Deux cas de mérycisme. *Archives de neurologie.* Paris, 1904, t. I, XVII, 390-394.

Read. — *The Lancet*, 1845, t. I, p. 265.

Riche. — *Ann. de méd. physiol.* T. XIII, p. 380.

Riesman. — Merycysmus or rumination with a report of two cases. *J. Nerv. et ment. Dis.*, N.-Y., 1895, XXII, 359-369 (discussion 393).

— Stomach from a case of rummation. T. II. *Path. soc. Phila.*, 1898, XVIII, 120.

Rietschel. — *Habituellem Speien und Rumination ibid.*, 979.

Riva. — Sopra un caso di Ruminatione umana. *Boll. d. Socc. med. chir. di Pavia-Milano*, 1886, 69.

Roller. — Ein Fall vom Merycismus. *Allg. Ztschr. f. Psychiat.* (etc), Berliner, 1891, 2, XLVIII, 417.

Rosbach. — *Ueber das Wiederkäuen beim Menschen.* Langensalza, 1875.

Rossier. — *Ann. de la Soc. méd.* Anvers, 1867. *Journ. des conn. méd.*, 1862.

Roubieu. — Observation sur la Rumination chez l'homme. *Ann. de la soc. de méd. de Montpellier*, 1807.

Bozsavolgyi. — *Regurgitatio illetoleg ruminatio harom esele* (Regurgitation as respects thres cases of rumination gwogyaszat), Budapest, 1909, XLII, 54-56.

Runge. — Human rumination regarded in the fight of atavic tendan of a new cases with results of an investigation of its digestive. *Chemism med. rev.* St-Louis, 1894, XXX, 121-127.

— *Three cases of hereditary rumination Boston* m et s j, 1895, CXXXII, 515.

Sachs. — *Boston Med. Journ.*, 1895, p. 21.

Salmuth. — *Obs. med. Cent.* I Obs. VI, p. 59.

Sauvage. — Nosologica methodica sistens morborum classes. *Edition française*, Paris, 1771.

Schattinger. — *Med. forlinghly Review*, Sr. Louis, 1892.

Scheinert. — Zur Theori des Wiederkauens. Berl. *Klin Wchnschr.*, 1921, LVIII, 1510.

Schilling F. — Anfangssimptome. Actiologie und Therapie der rumination. *Arch. f. Verdauungskr.* Berl., 1908, XIV, 318-326.

Schippers. — Zur sogenannten Rumination im Sauglingsalter. *Ztschr. f. Kinderk.* Berl., 1914. Orig., X, 92-100.

— *Nederl. Tigdschr. v. Geneesk.* Amst., 1914.

Schlesinger (Angeborenes). — Fehlen der meisten Sehnen und Haut reflexe bei einen Fall von Ruminatio humana. *Mitt. d. Gesellschr. f. um med. u. Kurderh in Wien*, 1913.

Schmalz. — *Jarh. d. Gesellsch. f. Nat. u. Heilk in Dresden und.* Breslau, 1892, p. 93-161-173.

— Berlin. *Thierartz Woch*, 1874, T. X, p. 313-319.

Schtuz et Kreuzfuchs. — Ein Fall von Rumination mit dem Rontgenbefund eines intermittierenden Sauduhrmagens. *Wien Klin Wchnschr.*, 1914, XXVII, 698-700.

Semiert. — *Practicœ medecinœ liber tertius.* Wittemberg, 1631.

Sil. — Ueber Regurgitation und Rumination. *Revue de médecine tchèque.* Prague, 1908, I, IV.

Singer. — *Wien. Med. Club.*, 26 octobre 1892.

— *Arch. f. Klin. Med.*, 1893, p 472.

Sinkler. — *Nervous Diseases*, 1895, p. 393.

Somers L.-S. — Mérycisme. *Med. Record.* New-York, 1897, LI, 554.

Somersalo. — Ueber Rumination im Sauglingsalter. *Arch. f. Verdaungs Kr.* Berl., 1920, XXVI, 167-191.

Spirak. — Tympanitz, eructation, merycisme and aerophagia. *Colorado med.* Denver., 1903-1904, I, 416-421.

Stein. — *Mercredi med.*, 1892.

Strauch. — *Rumination in infaucy J. am. M. ;* Ass. Chicago, 1915, LXV, 678-680.

— *Rumination il Children. Ann. J.* Dis. Chicago, 1921, XXI, 154-162.

Tarbes. — *Bibl. Med.* 1812.

— Observations sur un homme ruminant. *Ann. de la Soc. de Méd. de Montpellier*, 1813.

Taylor. — *A case of merycisme.* Brit. M. J., Londres, 1908, I, 620.

Tomota. — *Banschuiso no sitsuken* (Three cases of rumination in man), Chingai I. J. I., Shipo Tokio, 1891. n° 268, II, 15.

Trömner. — Ein Fall von Rumination. *Deutsche med. wchnschr.* Leipz. u. Berl., 1917, XLIII, 253.

Turk. — Rumination and periodic and Habitual vomiting. *Médecine Detroit*, 1900, VI, 441-449.

Turmel. — *Contribution à l'étude du mérycisme.* Paris, 1894.

Variot. — Un cas de mérycisme chez un enfant de 3 ans. *Journal de clinique et de thérapeutique infantile.* Par., 1899, VII, 23-25.

— Mérycisme chez une jeune fille de seize ans. Grande amélioration des troubles par l'emploi du citrate de soude. *Bull. et mémoire de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris.* 1913, 3 s. XXXV, 861-865.

Vincent. — *Académie des sciences*, 1863. Comptes rendus. T. XXXVII, p. 31. Quelques détails sur un cas de mérycisme.

Wanietschek. — Rumination im Sauglingsalter. *Heilung durch Diphterie Jahrb. Kinderh.* Berlin, 1915, n. F. LXXXII, 66-69.

Weinstein. — A case of gastric regurgitation. *Am. Med.* Burlington, Vt. et N.-Y., 1913, n. s. VIII, 548-550.

Wernstedt. — *A case of Rumination in a infant. Allm. sven lakartidn.* Stockholm, 1916. XIII, 925-941.

Wichmann. — *Ideen zur Diagnostik.* Hanovre, 1802. T. III, p. 167.

Wieling. — *Ueber der Wied. b. Menschen*, 1823.

Welsh. — *Obs. méd.*, p. 36.

Wiesner. — Ein Fall von Rumination. *Revue de méd. tchèque.* Prague, 1908, 43.

Winthier. — *Frorip's notizen*, t. XIV.

Wirtz. — Ueber Rumination in Säuglings und spateren Kindesalter. *Muchen Med. Wchnschr*, 1910, VII, 960-963.

Wollenberg. — Rumination als angeblick um Fallsfolge. *Munchen med. Wchnschr*, 1915, LXII, 41-77-112.

Yeppo. — Ueber Rumination mit Luftschlucken beim Saugliing. *Zischr. f. Kinderk.* Berlin, 1916.

Anonyme. — *Norsk mag. f. h.* Kristiania, 1886, p. 29.

TABLE DES MATIERES

PAGES

Avant-propos 9

Chapitre I. — Définition, historique. — Les premières observations : Fabrice d'Aquapendente, 1618 ; Bartholin-Peyer-Pipelet. — Les autos-observations : Cambay. — Prof. : Raphaël Blanchart. — Le mérycisme des idiots et des fous : Bourneville et Seglas. — Le mécanisme : Lemoine et Linossier. — Le chimisme gastrique. — La Radio..... 11

Chapitre II. — Mérycisme idiopatique. — Mérycisme des dyspeptiques, des aérophages, des fous, des idiots, des enfants. — Formes intermédiaires..... 15

Chapitre III. — Mérycisme idiopatique. — Nécessité de décrire un mérycisme idiopatique. — Importance du terrain. — Description du mérycisme type. — Ses variations : Influence de la volonté et du psychisme. — Evolution : bénignité habituelle. Accidents causés par la suppression de l'affection.. 18

Chapitre IV. — Les mérycoles qui se produisent dans les cirques. (Roginski, Mac Norton). — Notre sujet personnel, Charles H... — Quelques réflexions sur leurs tours. — Pronostic..... 29

Chapitre V. — Mérycisme des dyspeptiques. — Fréquence du mérycisme dyspeptique. — Quelques différences avec le mérycisme idiopatique. — Coexistence fréquente avec le Pyrosis et la regurgitation. — Mérycisme précoce (symptomatologie,

PAGES

causes observations de Brown Sequard.), mérycisme tardif. — Pronostic..... 39

Chapitre vi. — Mérycisme et aérophagie. — Mérycisme et aérophagie involontaires ou volontaires chez les individus sains d'esprit. — Mérycisme et aérophagie pendant la guerre. — Mérycisme et aérophagie chez les névropathes..... 47

Chapitre vii. — Le mérycisme dans les affections nerveuses. — Hérédité. — Imitation. — Rapports du mérycisme chez les névropathes et la dyspepsie. — Pronostic 51

Chapitre viii. — Le mérycisme chez les enfants. — Huit observations dont trois inédites. — Importance du terrain. — Pronostic..... 58

Chapitre ix. — Etude du mécanisme de la rumination. — Le polygraphe de Marey. — La radio. — Etude du mécanisme par Lemoine et Linossier à l'aide du polygraphe de Marey : conclusions analogues à celles de Chauveau et Toussain pour la rumination animale. — La radio montre qu'il existe en réalité deux mécanismes différents. — Commentaires..... 68

Chapitre x. — Diagnostic 84

Chapitre xi. — Traitement..... 86

Conclusions 88

Bibliographie 90